BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Typographie Pougin, quai Voltaire, 13.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

DEUXIÈME SÉRIE

TOME DIXIÈME

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1870

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SÉCRÉTAIRE ANNUEL

A

B

C

E

F

G

H

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

G

H

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

CORRESPONDANTS

Nationaux.

MM. Stolz,
Duménid,
Gayet,
Dauvé,
Thomas,
Lannelongue.

Étrangers.

MM. Brodhurst,
Krassowski,
Bardeleben,
Gauthier.

DÉCÈS

MM. Guersant,
Noel Roux,

MM. Hodgson,
Heyfelder (père).

Paris. — Typographie Pougin, quai Voltaire, 13



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 6 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — — Les *Archives de médecine*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. La *Revue médicale de Toulouse*.

— *Traité de lithothlibie*, par le docteur Denamiel. In-8° de 104 pages. Paris 1868.

— M. Notta, membre correspondant, adresse un important travail intitulé : *De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales*.

— *A contribution to the surgical pathology of sero-sanguineous cysts in the neck and axilla*, by John Birkett, chirurgien de Guy's hospital.

— M. VERNEUIL offre à la Société un certain nombre de thèses de chirurgie : Aug. Bousseau : *Des rétinites secondaires ou symptoma-*

tiques; Anat. Poiteau : *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique;* O.-P. Dériaud : *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme*; V. Droin : *De l'ostéo-périostite*; F. Reuillet : *Étude sur les paralysies du membre supérieur, liées aux fractures de l'humérus*; L. Rioms : *De l'appareil à pointe métallique et de son emploi dans les fractures.*

— **M. DOLBEAU**, au nom de M. le docteur Magdelen, de Saint-Étienne, montre à la Société deux fibrômes du lobule de l'oreille et communique l'observation suivante :

Fibromes du lobule des deux oreilles, chez une femme de 26 ans. Ablation. — La nommée P..., âgée de 26 ans, s'est présentée chez moi, le 17 novembre; elle portait au lobule des deux oreilles des tumeurs faisant saillie aux faces externe et interne du lobule.

A l'oreille gauche et en arrière, la saillie a le volume d'un œuf de pigeon et à la face externe correspondent deux petits tubercules inégaux assez rapprochés l'un de l'autre. Le plus petit est arrondi, du volume d'un pois, l'autre est un peu allongé verticalement. Ces tubercules semblaient faire corps avec la tumeur principale.

L'oreille droite supporte deux saillies plus volumineuses, l'une en avant, l'autre en arrière. Ces tumeurs sont très-dures, oblongues, à peu près aussi grosses l'une que l'autre; c'est la saillie postérieure que j'ai l'honneur d'envoyer à la Société de chirurgie.

La peau, qui les recouvre, est très-tendue, blanchâtre, mobile relativement.

Elles se sont développées depuis près de trois ans, peu de temps après que cette dame s'était fait percer les oreilles pour y adapter des pendants.

Au mois de juillet de cette année, un médecin de la ville consulté avait pris ces tumeurs pour des tannes et fit une ponction avec une lancette; mais il trouva une très-grande résistance : il ne s'écoula que du sang; il ne fut fait aucune autre chose.

Mais l'oreille droite de madame P... devint douloureuse au toucher à la suite de la ponction, et le développement allant toujours croissant, elle vint, le 17 novembre, me prier de la débarrasser de la cause de ses souffrances et de l'indifférence de son mari.

L'idée de kyste sébacé étant éloignée par les commémoratifs, il n'y avait plus guère à songer qu'à une lésion que je crois assez rare, aux fibrômes du lobule de l'oreille. En raison du développement croissant des tumeurs, en raison des douleurs de la malade et de la volonté

qu'elle avait d'être débarrassée de cela, je lui ai proposé l'ablation avec le bistouri.

Pensant que les tumeurs de l'oreille droite étaient isolées l'une de l'autre, bien qu'elles ne fussent pas pédiculées, le 20 novembre, je circonscrivis la tumeur externe par deux incisions obliques, à direction verticale, et après dissection des lambeaux, je m'aperçus que les deux saillies dépendaient d'un même tout, que je voulus enlever tout de suite; mais la malade n'y voulut pas consentir, parce qu'elle souffrait trop. Je reséquai le plus possible de la tumeur, et je fis deux points de suture métallique. Pansements à l'alcool étendu d'eau.

Le 25 novembre, j'enlevai du même coup les saillies du lobule gauche. Quatre incisions, deux en avant et deux en arrière, me permirent d'enlever le tout, et je pus voir, en incisant la tumeur, qu'elle était *une* et qu'elle était de nature fibreuse (examen microscopique fait). Mêmes pansements que pour l'autre oreille. Réunion par première intention. Du côté droit, il était survenu un peu de suppuration. Néanmoins, l'inflammation était si peu de chose, que le 5 décembre, j'enlevai la tumeur postérieure du lobule droit et régularisai ainsi cette opération.

Le 17 décembre, madame P... est complétement guérie. Ses oreilles ont une forme normale; les cicatrices ne sont pas très-visibles.

Y aura-t-il plus tard récidive des fibrômes?

COMMUNICATION.

Écoulement sanguin par l'oreille, sans fracture du rocher.

M. MARJOLIN. Un enfant de 3 ans et demi, rachitique au plus haut degré, est entré dans mon service, le 3 septembre dernier; il venait de faire une chute d'un second étage et perdait par l'oreille une grande quantité de sang.

Le petit malade présentait beaucoup d'agitation; les membres avaient conservé leur mobilité, et il y avait à la voûte crânienne tous les signes d'une fracture avec enfoncement. Je fis appliquer des révulsifs sur les membres inférieurs et prescrivis un purgatif (jalap et calomel).

Le second jour, il parut y avoir amélioration. L'agitation avait disparu; mais le pouls était faible et l'écoulement du sang, après avoir persisté toute la nuit, avait été remplacé par un écoulement de sérosité, qui dura quarante heures.

L'état général continua à s'améliorer. La paralysie, qui s'était montrée dans tout le côté gauche, avait cessé; l'intelligence reparut et

l'enfant put se promener, à la condition que quelqu'un lui donnât la main.

Je pensais que mon petit malade pourrait, à quelques jours de là, quitter l'hôpital, lorsque, le 15 novembre, il prit à ses voisins une rougeole, suivie de gangrène de la bouche et d'abcès volumineux de la joue. Le 27, il présentait tous les symptômes du croup, maladie à laquelle deux de ses petits voisins d'hôpital avaient succombé. Un instant, il parut aller mieux; à la fin, une broncho-pneumonie vint entraîner la mort.

Nous trouvâmes une fracture transversale, avec dépression et enfoncement de la voûte crânienne; la substance cérébrale était à la périphérie du cerveau et dans la partie correspondant à la fracture réduite en putrilage. Il existait sous l'arachnoïde un épanchement sanguin considérable; mais rien ne nous montra du côté du rocher, intact sur toute sa face supérieure, l'origine de l'écoulement de sang et de sérosité. La fracture, qui partait de la voûte du crâne, se prolongeait jusqu'à la base; et bien nous en prit de ne pas trépaner, comme on aurait pu être tenté de le faire dans cette circonstance.

M. CHASSAIGNAC. On ne trépane que quand on peut savoir où il faut trépaner pour tomber sur l'épanchement, ou quand la compression, augmentant incessamment par la continuité de l'hémorrhagie intra-crânienne, menace évidemment le malade d'une mort prochaine et inévitable. Ces indications n'existaient pas dans le cas actuel. Je demanderai à M. Marjolin s'il y avait ouverture du sinus longitudinal supérieur.

M. MARJOLIN. Ce sinus était intact.

M. TILLAUX. Ce fait est un exemple de plus de l'inutilité de la trépanation. Ainsi, cet enfant présentait une paralysie d'un côté, symptôme regardé comme le meilleur signe, la meilleure indication de l'application du trépan, et cependant l'enfant a guéri de sa fracture. Le trépan n'eût servi à rien, et si on l'eût appliqué, on lui aurait attribué tout l'honneur de la guérison. Quelle était la quantité de sang perdu par l'oreille? Une faible quantité de sang n'est pas absolument caractéristique d'une fracture du crâne.

M. GIRALDÈS. La fracture du rocher n'est pas une condition *sine quâ non* de l'écoulement sanguin par l'oreille dans les traumatismes du crâne. Dans un mémoire présenté à la Société par M. Prescott Hewett, mémoire dont le rapport eût dû être fait par M. Robert, il y a un exemple remarquable d'un semblable écoulement de sang sans fracture du rocher Il s'agissait d'un homme de 45 ans, chez lequel l'écoulement séro-sanguin abondant avait duré trois jours.

M. DEMARQUAY. Je persiste à croire que l'écoulement de sérosité par

l'oreille est un signe certain de fracture du rocher, surtout s'il y a paralysie faciale; mais nous savons tous que le malade peut guérir d'une semblable fracture.

M. TRÉLAT. Dans le cas de M. Prescott Hewelt, il y avait fracture et déplacement des osselets de l'ouïe, par conséquent lésion grave de l'oreille moyenne. M. Morvan a montré dans un mémoire sur ce sujet que la fracture de la paroi inférieure du conduit auditif externe n'est pas rare, et qu'on trouve souvent alors des écoulements de sang abondants par l'oreille, bien que le rocher soit intact. Il faut distinguer avec soin l'hémorrhagie de l'écoulement séreux; ce dernier n'appartient qu'aux fractures du rocher.

M. MARJOLIN. L'écoulement séreux a été peu abondant et de peu de durée, et c'est au moment où l'hémorrhagie a cessé que l'hémiplégie s'est montrée. Il y aurait donc eu, sous ce rapport, indication de trépaner, si je n'avais pas craint de voir la fracture aller jusqu'à la base du crâne. Quant à l'intégrité du rocher, je dois dire que le sujet étant réclamé, nous n'avons pu que constater que la paroi supérieure paraissait intacte.

M. BROCA. Cette circonstance doit être notée avec soin au procès-verbal, car il ne faudrait pas que le fait de M. Marjolin pût faire croire à la possibilité de l'écoulement séreux continu, abondant, sans fracture du rocher.

M. CHASSAIGNAC. L'observation ne prouve pas sans conteste que le malade eût guéri de ses lésions crânienne et cérébrale; car s'il ne fût pas mort de rougeole, de gangrène de la bouche, de croup et de broncho-pneumonie, il eût pu très-bien mourir d'encéphalite. Il y avait contusion du cerveau, une partie de la substance cérébrale était à l'état de détritus; or, nous savons très-bien qu'une encéphalite consécutive débute assez souvent, longtemps après l'accident et entraîne la mort du malade qu'on croyait guéri de sa fracture.

M. PANAS. J'ai eu récemment dans mon service deux malades qui perdaient beaucoup de sang par l'oreille, et chez tous deux il y avait rupture de la membrane du tympan; l'un avait reçu un coup sur le maxillaire inférieur, l'autre sur l'apophyse mastoïde.

Le premier est mort : il n'y avait rien au rocher; le second a guéri.

L'écoulement sanguin non plus par le rocher, mais directement de la cavité crânienne peut quelquefois être des plus inquiétants par sa quantité. Il y a quelques jours, un homme entra dans mon service avec une fracture du crâne, plaie de tête accompagnée d'issue de matière cérébrale. Il perdait par la plaie beaucoup de sang. J'enlevai deux esquilles, et je vis que le sang venait d'un point éloigné de la surface

du cerveau. J'appliquai dans cette direction une couronne de trépan; je fis sauter le pont intermédiaire, et je vis que le sang était fourni par une énorme veine, correspondant à une circonvolution cérébrale. L'hémorrhagie s'arrèta, ou plutôt se réduisit à un suintement dont je vins à bout par l'application de charpie imbibée de perchlorure de fer. Le malade succomba quarante-huit heures après. La substance cérébrale, formant la corne occipitale, était comme broyée.

M. DOLBEAU. M. Broca a-t-il des nouvelles de l'enfant qu'il a trépané pour des attaques épileptiques consécutives à un traumatisme du crâne?

J'ai été consulté par un avocat au sujet de ce malade, car le père intente un procès au patron de son enfant, et il paraît, d'après le dire de cet avocat, que l'épilepsie aurait reparu comme auparavant.

M. BROCA. Mon petit malade est venu à la Pitié me demander des certificats dans le dessein d'obtenir de son patron une indemnité. A cette époque, le souvenir de son épilepsie ne lui était pas revenu à la mémoire; à cette époque aussi, il n'y avait eu aucune attaque d'épilepsie depuis l'opération, et je crains fort que cette prétendue récidive ne soit un argument de plaidoirie; ce qui me ferait presque regretter de ne pas être appelé à éclairer sur ce point la justice.

M. GIRALDÈS. J'ai eu pendant quatre mois dans mon service le malade de M. Broca, et pendant tout ce temps il n'a eu aucune attaque d'épilepsie.

Ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, avec décollement des cartilages éphysaires chez un enfant nouveau-né. — M. GUÉNIOT. J'ai présenté dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie les diverses pièces du squelette atteintes de cette lésion; mais l'heure trop avancée ne m'a pas permis d'exposer les détails de l'observation. Ce sont ces mêmes détails que je viens communiquer aujourd'hui à la Société.

Un enfant, âgé de 20 jours, du sexe masculin, d'apparence très-chétive, quoique né à terme, fut apporté dans mon service, le 14 décembre dernier, pour une ulcération gangréneuse du pli de l'aine droite. En examinant le petit malade, je reconnus bientôt qu'il existait, en outre, une ulcération de l'ombilic, une paralysie ou inertie complète des quatre membres et, enfin, un décollement des cartilages épiphysaires à l'extrémité supérieure des deux jambes. On pouvait produire aisément en ce dernier point, c'est-à-dire à environ 15 millimètres au-dessous de chaque genou, un déplacement latéral des plus marqués du corps des tibias et des péronés. La mobilité de ces os dans

le sens antéro-postérieur n'était pas moins évidente. On eût dit une fausse articulation au-dessous de l'articulation du genou, qui restait complétement saine. La continuité des *diaphyses* me parut d'ailleurs intacte dans les membres inférieurs comme dans les supérieurs.

Les quatre membres étaient amaigris, flasques et tout à fait inertes. Si on les soulevait pour les abandonner ensuite, ils retombaient aussitôt lourdement, sans qu'on pût constater la moindre contraction musculaire. Les avant-bras et les mains, en état de forte pronation, pendaient sur les côtés du tronc. Les cuisses, à demi-fléchies, se laissaient au contraire difficilement étendre, comme si certains muscles eussent été contracturés. Mais les jambes et les pieds étaient en quelque sorte flottants et comme appendus aux fémurs. La sensibilité paraissait fort émoussée, et l'enfant ne répondait que très-faiblement aux petites piqûres pratiquées, à titre d'épreuve, sur les téguments.

Pour expliquer l'origine de ces diverses lésions, il me parut naturel d'admetre que l'enfant était né en présentation du pelvis, et que des tractions violentes avaient dû être exercées sur lui dans le but d'en obtenir le dégagement. La séparation des cartilages épiphysaires du tibia et du péroné pouvait ainsi, jusqu'à un certain point, se comprendre, de même que la paralysie des quatre membres, résultat probable d'une lésion de la moelle épinière au niveau du cou. Et ce qui venait encore fortifier cette manière de voir, c'est que l'ulcération gangréneuse du pli de l'aine accusait, d'une façon presque certaine, une contusion produite par la pression d'un lacs ou d'un crochet mousse. Bref, cette explication, si vraisemblable qu'elle puisse paraître, était cependant on ne peut plus erronée. En m'adressant aux meilleures sources de renseignements, j'appris en effet que l'accouchement avait été naturel et s'était effectué en présentation du sommet. La mère était âgée de 23 ans, blanchisseuse, et avait eu déjà deux enfants.

Le 19 décembre, c'est-à-dire, vingt-cinq jours après sa naissance, mon petit malade, qui n'avait plus la force de téter, succomba dans l'épuisement, après avoir présenté quelques plaques érythémateuses au visage, à la voûte palatine et sur les membres inférieurs. Son poids était descendu à 1,835 grammes.

Voici les lésions que l'autopsie me permit de constater.

A l'exception du bout supérieur des deux radius et des deux cubitus, toutes les extrémités diaphysaires des os des membres sont altérées, enflammées et suppurées. Partout, la lésion offre les mêmes caractères ; il n'existe que quelque différence dans le degré et dans

l'étendue. Les fémurs et les humérus à leurs deux extrémités, de même que les tibias et les péronés à leur extrémité supérieure sont les parties du squelette le plus fortement atteintes. L'extrémité inférieure des radius et des cubitus et, surtout, celle des tibias et des péronés sont au contraire altérées à un moindre degré.

La lésion consiste en une forte injection, avec taches ecchymotiques, de toute l'extrémité osseuse qui confine au cartilage diaphysaire. L'os en ce point est d'un rouge foncé, presque brun et comme infiltré de sang noir. Son extrémité est séparée du cartilage par une couche de pus grisâtre et épais. Le foyer purulent a la forme lenticulaire, aplatie et se trouve circonscrit, à sa circonférence, par l'espèce de coque fibreuse ou périostique qui relie encore le cartilage à l'os. Le tissu osseux conserve d'ailleurs sensiblement sa dureté normale et la pointe d'un scalpel ne le pénètre que difficilement. L'altération inflammatoire ne s'étend pas à plus de 5 à 10 millimètres de la surface désunie.

Le périoste, épaissi, rouge et enflammé, est resté adhérent; mais il est assez facile de le séparer dans l'étendue d'un centimètre, à partir de la surface suppurante. Le cartilage épiphysaire conserve, au contraire, tous ses caractères normaux. Mon collègue, M. Parrot, qui en a fait l'examen microscopique, ne l'a trouvé un peu inégal et altéré que dans les points en contact avec le pus, et seulement à la surface. Sa désunion d'avec le tissu osseux permet, avant l'ouverture de cette espèce de fausse articulation, de le faire jouer en tous sens sur l'extrémité diaphysaire de l'os. Et quand le pus se trouve évacué par une ponction, les deux surfaces produisent par le frottement une crépitation rude, qui n'était pas perçue sur le vivant.

Les articulations qui avoisinent ces lésions, de même que le corps des diaphyses, sont exemptes de toute altération pathologique. L'affection se trouve ainsi nettement localisée aux extrémités des diaphyses. Le noyau d'ossification de l'épiphyse inférieure des fémurs est complétement sain comme le cartilage qui l'environne. Il en est de même du noyau osseux du calcanéum et des divers os du crâne, de la colonne vertébrale et de la cage thoracique.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle, du pli de l'aine et du creux poplité offrent, des deux côtés, un développement exagéré. L'ulcération gangréneuse de l'aine droite n'a aucun rapport de continuité avec le foyer épiphysaire du fémur correspondant. Ulcération de l'ombilic pénétrant jusqu'au péritoine. Caillot noir oblitérateur dans les vaisseaux ombilicaux (veine et artères); pas de phlébite ombilicale.

Viscères : deux plaques d'un jaune sale, ayant tout à fait l'appa-

rence du pus, existent à la face convexe du foie. Une troisième, plus étendue, large de 2 centimètres, se remarque sur la face inférieure. Toutes trois sont dans le voisinage de la vésicule biliaire; mais celle-ci, remplie d'une bile vert foncé, n'a aucune connexion avec elles. Ces plaques sont formées par un dépôt de matière probablement purulente, immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson. Leur minceur est telle qu'à la coupe, elle ne paraissent pas avoir une épaisseur de plus d'un cinquième de millimètre. Une autre plaque, en tout semblable aux précédentes, mais plus étendue, existe sur la face antéro-externe des lobes supérieur et moyen du poumon droit. La plèvre recouvre cette couche extrêmement mince de substance puriforme. Nulle autre trace d'infection purulente. Tous les viscères, y compris le cerveau et la moelle épinière, sont exempts d'altération pathologique.

Le fait qui précède se rapporte évidemment à l'affection décrite, dans ces derniers temps, sous les noms d'*ostéite épiphysaire* (Gosselin), de *décollement épiphysaire* (Klose), d'*ostéo-myélite* (Chassaignac), etc. Mais, sous plusieurs rapports, il s'en éloigne sensiblement et constitue un exemple, sinon unique, du moins extrêmement rare, dans son espèce. C'est pourquoi j'ai cru devoir en donner l'observation détaillée.

Relativement à l'âge, l'enfant n'avait que vingt jours lorsqu'il me fut présenté, et le degré déjà avancé de la lésion ne permet pas de douter qu'elle ne dût remontrer au moins à quelques jours auparavant. Il n'est même pas impossible que l'affection ait débuté pendant la vie intra-utérine. Je ne suis pas, il est vrai, autorisé à admettre la réalité de cette origine; mais rien ne prouve, d'autre part, que l'invasion de la maladie ait été postérieure à la naissance. Quoi qu'il en soit, la précocité de son apparition est un fait bien remarquable en face de presque toutes les observations publiées jusqu'à ce jour. Vous savez, en effet, que les cas relatés par MM. Chassaignac, Klose, Gosselin, etc., sont tous relatifs à des adolescents ou à des enfants âgés d'au moins douze ans. M. Marjolin, cependant, m'a dit avoir déjà constaté cette affection sur des sujets très-jeunes, âgés seulement d'un ou deux mois, et Valleix, en 1833, a consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique* (t. IX, p. 188) une observation intéressante ayant pour titre : *Décollement de plusieurs épiphyses des os longs avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un nouveau-né.* Mais les faits de ce genre n'en sont pas moins d'une extrême rareté.

La généralisation des lésions, telle que nous l'a présentée mon petit malade, n'est pas moins digne d'être notée et en dehors de ce que l'on a signalé jusqu'à présent. M. Chassaignac a publié le fait d'un jeune

garçon, dont toutes les extrémités épiphysaires d'une moitié du corps étaient affectées. Mais c'est le seul exemple que je connaisse d'une telle extension du mal; et cependant, il reste encore, sous ce rapport, fort au-dessous du précédent.

Existe-t-il quelques relations entre l'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires, la non-cicatrisation de l'ombilic et l'ulcération gangréneuse du pli de l'aine? Cela est plus que vraisemblable; mais il serait difficile de les préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces diverses lésions reconnaissent probablement une cause commune. Quant aux couches puriformes des surfaces hépatique et pulmonaire, ainsi qu'aux plaques érythémateuses observées dans les derniers jours sur les téguments, elles me paraissent être l'indice d'une infection purulente.

Enfin, à quelle cause peut-on rapporter la paralysie ou, plus exactement, l'impuissance des quatre membres qui avait si vivement excité mon attention? J'ai déjà dit que la moelle épinière avait été trouvée intacte. Les muscles, quoique amaigris et à fibres pâles, ne présentaient toutefois aucune altération bien marquée. Ces deux causes ne peuvent donc pas être invoquées. La douleur que provoquent les mouvements serait, au contraire, une explication suffisante, si je n'avais constaté à diverses reprises que la sensibilité générale était très-affaiblie. Aussi, serais-je disposé à admettre qu'indépendamment de cette dernière cause, les brisures multipliées des leviers ostéo-cartilagineux, au niveau de tous les foyers épiphysaires, ont concouru pour une grande part à la production de cette inertie complète des quatre membres.

La séance est levée.

Le Secrétaire : Léon Lefort.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1868

Présidence de M. LEGOUEST

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine; — Le *Journal de médecine et de*

chirurgie pratiques; — *L'Union médicale de la Provence*;— Le *Montpellier médical.*

— Un mémoire intitulé : *De la ponction du péricarde envisagée au point de vue chirurgical*, par M. le docteur Baizeau, médecin principal de l'armée, avec une lettre de candidature au titre de membre correspondant.

COMMUNICATION.

Hydatides de l'humérus. — M. DEMARQUAY communique le fait suivant recueilli par son interne, M. Sevestre :

M. T... entra, le 4 juillet 1868, à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay, pour une affection du bras droit, qui fut prise d'abord pour une nécrose de l'humérus, mais que l'on reconnut ensuite être la conséquence du développement d'hydatides dans la cavité médullaire de cet os.

Actuellement âgé de 53 ans, M. T... est né à Marolles-en-Brie (Seine-et-Oise), et est resté dans son pays jusqu'à 22 ans, travaillant à la terre, se nourrissant comme tous les gens de la campagne, mangeant plus de légumes que de viande. Né de parents dont la santé était excellente, il s'est également toujours bien porté. Il a eu deux frères, l'un plus jeune que lui, mort accidentellement, l'autre, son aîné, qui vit encore très-bien portant.

A 22 ans, M. T... entra au service militaire et fut envoyé d'abord à Courbevoie, pendant quatre ans, puis à Strasbourg, jusqu'à l'expirade son temps. Dans cette dernière résidence, il fit, dans des exercices de gymnase, une chute sur le côté droit, chute qui le retint à l'hôpital pendant un mois. A part cela, aucune maladie.

Son temps fini, il revient dans son pays, où il continue à travailler comme par le passé; et en 1856, il entre comme garde-chasse chez le prince de Wagram, à Boissy-Saint-Léger. Depuis lors, son existence se passe en grande partie dans les bois, où il a par moments un service un peu rude; mais, grâce à sa constitution vigoureuse, il supporte très-bien ces fatigues et continue à se porter admirablement.

Le 9 mars 1862, comme il chargeait son fusil, qu'il n'avait pas désarmé, il reçoit dans le bras droit toute la charge. Le fusil était appuyé contre la cuisse droite, et la charge (plomb n° 5) avait pénétré dans le bras, vers sa partie moyenne et au côté interne et postérieur. Grâce à l'extraction presque immédiate des corps étrangers, la plaie se cicatrise en quinze jours, et au bout d'un mois, le blessé peut reprendre ses travaux et chasser comme auparavant.

Quelques mois après, et particulièrement pendant l'automne de 1866,

il ressentait dans le bras des douleurs vagues, sourdes et profondes. Enfin, au mois de février 1867, après quelques jours de souffrances plus vives encore, se forma un abcès, qui fut ouvert par un médecin, et dont la cicatrisation fut assez lente. Les douleurs persistaient, sans être très-vives, et le bras avait notablement perdu de sa force. Au mois d'avril, étant occupé à bêcher, M. T... ressentit dans le bras droit une douleur vive, subite et une sorte de craquement. Obligé de suspendre son travail, il rentra chez lui et fut ensuite plusieurs mois sans pouvoir se servir de son bras, qui était devenu douloureux et presque inerte, à ce point qu'il fut assez longtemps sans pouvoir manger de la main droite. Malgré cela, il continuait à chasser, en se servant du bras gauche.

Mais au commencement de cette année (1868), au mois de février, puis au mois de mars, de nouveaux abcès se formaient, les uns en avant, vers la partie moyenne du bras, les autres en arrière, et au lieu de se cicatriser, persistaient, en donnant naissance à des orifices fistuleux. Cinq abcès se formèrent ainsi.

A la fin d'avril, le malade, dont le bras était très-notablement tuméfié et très-douloureux, alla consulter M. Ricord, qui croyant une opération nécessaire, l'envoya à M. Demarquay.

Le 3 mai, le malade entra à la Maison municipale de santé, portant quatre orifices fistuleux, qui fournissaient une assez grande quantité de pus.

Sous l'influence du repos absolu et des cataplasmes, le gonflement avait considérablement diminué, et il ne restait plus que deux orifices fistuleux, lorsque le malade s'en alla du service le 12 mai.

Vers la fin de juin, un nouvel abcès se forma à la région postérieure du coude; le pus très-visqueux, peut-être mélangé de synovie, sortait surtout dans les mouvements d'extension de l'avant-bras. Ces mouvements étaient d'ailleurs très-gênés. Le malade se décide alors à revenir trouver M. Demarquay, et il rentre à la Maison de santé le 4 juillet.

A cette époque, on constate, en examinant le bras malade, une tuméfaction générale, depuis le moignon du bras jusqu'au-dessous du coude. Les saillies musculaires et osseuses ont complétement disparu. En avant, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, existent deux orifices, par lesquels s'écoule du pus; l'un admettant l'extrémité du petit doigt, l'autre situé à 3 centimètres plus bas, beaucoup plus petit. Un stylet, introduit dans l'orifice supérieur, pénètre facilement, jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, et se trouve alors arrêté par un obstacle qui donne la sensation d'un os rugueux et dénudé.

Par l'orifice inférieur, on arrive aussi sur une partie que l'on peut prendre pour un sequestre. En faisant exécuter à l'un des stylets des mouvements alternatifs en avant et en arrière, on ne communique aucun mouvement à l'autre stylet.

Le pus fourni par ces orifices fistuleux est assez abondant et présente d'ailleurs les caractères ordinaires, mais il a quelquefois renfermé de petits sequestres du volume d'un gros pois, et le malade montre trois de ces sequestres qu'il a conservés. Ils paraissent constitués par une masse de tissu osseux très-fragile, offrant une assez grande analogie avec le tissu spongieux.

Quant à l'abcès ouvert en dernier lieu, près du coude, il est à peu près fermé. On trouve seulement un petit pertuis rouge, duquel on fait écouler par la pression une gouttelette de pus.

Les mouvements du bras sont très-peu étendus; outre la douleur spontanée, qui n'est pas très-vive, il existe une douleur dans les mouvements de l'épaule et du coude, et de plus les mouvements du coude sont eux-mêmes très-limités, soit par le fait du gonflement péri-articulaire, soit plus probablement par suite d'un certain degré d'arthrite.

Bien que le bras ait acquis un peu de force, et que le malade n'en soit plus réduit, comme autrefois, à ne pouvoir soulever une cuiller, il est encore très-faible.

L'état général s'est aussi heureusement modifié depuis deux mois. Au mois de mai, le malade mangeait à peine, avait perdu son embonpoint et ses forces. Aujourd'hui, l'appétit est un peu revenu, et si l'on réfléchit à la constitution vigoureuse de cet homme, il semble que, l'opération et la source de la suppuration tarie, il reprendra vite sa bonne santé antérieure.

Résumons en quelques mots l'histoire de la maladie : Coup de feu dans la région du bras, il y a six ans. Pas d'accidents immédiats. Quatre ans après, douleur, puis abcès, soupçon de fracture. Le tout terminé par des fistules, donnant issu à du pus et de petits fragments osseux. Par l'exploration avec le stylet, sensation d'un os rugueux.

Tout semble donc indiquer qu'il s'agit de sequestres invaginés, probablement adhérents en partie; mais, en tout cas, l'opération est indiquée. Il faut enlever ces sequestres. Tel est l'avis de M. Demarquay, aussi bien que de M. Ricord. D'ailleurs, le malade réclame instamment une opération. Elle est donc faite le 10 juillet.

Disons de suite que l'anesthésie complète ne put être obtenue, à cause de la gêne respiratoire que déterminèrent les inhalations de chloroforme.

Dans cet état de demi-sommeil, et tout étant préparé comme pour l'ablation d'un sequestre, M. Demarquay commence par une incision réunissant les deux orifices fistuleux et intéressant tous les tissus jusqu'à l'os. Les parties molles sont, des deux côtés, disséquées et isolées de l'os, et l'on voit alors nettement les deux cloaques sur la face antérieure de l'humérus. L'index pénètre assez bien par l'orifice supérieur jusque dans le canal médullaire, sans rencontrer de sequestres. La portion d'os intermédiaire aux deux orifices est alors enlevée au moyen de la gouge et de la pince de Liston, et de plus, on prolonge en haut et en bas cette ouverture, de façon à lui donner une longueur de 8 à 10 centimètres.

Introduisant alors le doigt dans le canal médullaire, M. Demarquay constate d'abord qu'il est assez notablement élargi, mais il n'y trouve pas trace de sequestre; il retire seulement une matière pulpeuse, grisâtre, qui est qualifiée de « pus concret » et qui est mise dans une compresse mouillée, pour être examinée au microscope.

La cavité médullaire, complétement débarrassée de produits étrangers, est encore explorée, soit avec le doigt, soit avec le stylet. On remarque alors qu'elle est agrandie, en particulier dans le sens de sa longueur. Le stylet pénètre, en effet, jusqu'à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de la clavicule, et en bas jusqu'au voisinage de l'interligne articulaire du coude.

Dans les deux sens, mais surtout en haut, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité assez étendus, circonstance qui dénote un agrandissement très-notable de la cavité médullaire. Vers le milieu de la face postérieure de l'humérus, existe, dans une étendue comparable à celle d'une pièce de 1 franc, un amincissement de l'os tel que la pression du doigt sur cette lamelle est perceptible à travers les parties molles du bras.

M. Demarquay, afin de débarrasser mieux encore la cavité, rugine ses parois avec divers instruments. Elle est ensuite bourrée de charpie, et la plaie extérieure pansée avec un linge glycériné.

La journée se passe sans accidents. Le lendemain, l'état général est excellent et la plaie peu douloureuse. On renouvelle seulement le pansement extérieur.

Mais avant d'aller plus loin, voyons quels résultats a fournis l'examen des matières enlevées. Lorsqu'on déploya la compresse dans laquelle était conservée la matière pulpeuse qualifiée de pus concret, on trouva des membranes un peu molles, bien que résistantes et tenaces, translucides et opalescentes, ressemblant absolument aux membranes d'hydatides. Quelques-unes formaient la paroi de petites sphères

pleines d'un liquide transparent; mais la plupart étaient vides et déchirées. Au microscope, ces membranes parurent composées de plusieurs couches et un peu granuleuses. On n'y trouva point d'échinocoques, mais seulement quelques crochets isolés. C'était plus qu'il n'en fallait pour être édifié sur la nature de ces membranes. Si ce fait n'avait pu être reconnu plus tôt, il faut l'attribuer simplement à ce que les membranes étaient recouvertes de pus, et dans l'espace de vingt-quatre heures, ce pus avait été absorbé par la compresse.

Restaient les fragments osseux enlevés pendant l'opération. Sur deux d'entre eux, on trouvait adhérente à la face interne ou médullaire une membrane hydatique. Tous ces fragments étaient recouverts d'une couche épaisse de 2 à 3 millimètres et présentant à l'œil nu et au microscope, les caractères de la moelle fibreuse. Cette moelle se détachait facilement de l'os qui, au-dessous d'elle, était rugueux et inégal; ce qui explique la sensation fournie par le stylet. Le périoste était également épaissi. Quant à l'os lui-même, il présentait par places des traînées de substance osseuse de nouvelle formation.

Ainsi donc, la suppuration était entretenue, non point par un os nécrosé, mais par le développement d'hydatides dans la cavité médullaire de l'humérus. Le malade, interrogé alors à ce point de vue, répond qu'à chacun des abcès qui se sont ouverts, il est sorti en même temps que le pus de petites boules du volume d'un pois en moyenne, quelquefois blanches ou noires (?), et des morceaux de peau ressemblant à de la colle. Le médecin, qui l'avait soigné, avait lui-même vu ces petites sphères, et avait probablement reconnu leur nature; mais n'étant point interrogé spécialement sur ce sujet, le malade n'en avait point parlé. Il était donc difficile, en raison des symptômes observés, en raison de la rareté des hydatides des os, d'éviter l'erreur commise.

Le 13 juillet, troisième jour de l'opération, le pansement étant enlevé complétement, il s'écoule une assez grande quantité de pus fétide. La plaie est lavée avec la solution de permanganate de potasse, et la cavité remplie de bourdonnets de charpie introduits jusqu'au sommet. Ce pansement doit être renouvelé tous les matins, et le soir, on change aussi les pièces extérieures du pansement. Le malade est mis au deuxième degré d'aliments et est autorisé à se lever quelques instants.

Le soir, il y a un peu de chaleur de la peau et d'accélération du pouls.

Le 14. L'avant-bras est le siége d'un gonflement assez notable à sa partie supérieure. Douleurs un peu plus vives et fièvre. Cataplasmes sur le coude.

Le 15. Il s'est formé, au-dessus du coude, deux orifices qui donnent issue à du pus et paraissent communiquer avec la cavité médullaire.

Le 16. L'appétit est revenu, la fièvre a notablement diminué. La suppuration est très-abondante.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 25 juillet. La suppuration est beaucoup moins abondante, et la cavité, toujours aussi large par en haut, diminue notablement à sa partie inférieure. Les orifices fistuleux du coude sont presque entièrement fermés. Le malade est, d'ailleurs très-bien, mange 4 degrés et reste levé la plus grande partie de la journée.

Le 25, au soir, à la suite d'une promenade à pied (6 kilomètres aller et retour), fièvre, un peu de malaise, envie de vomir.

Le 28. Érysipèle déclaré, s'étendant, les jours suivants, jusque dans le dos. Huit jours après, il a disparu complétement.

Dès lors, l'amélioration, un moment suspendue, continue, et le 20 août, la cavité médullaire est complétement oblitérée par sa partie inférieure. En haut, elle se rétrécit peu à peu, mais surtout au voisinage de l'ouverture, tandis que la partie profonde reste presque aussi large. A cette même époque, se forme en arrière, vers la partie supérieure, un petit abcès, qui est vite guéri.

Le 28 août. Le malade part, conservant un trajet fistuleux dans l'humérus, trajet trop étroit pour admettre le doigt à l'orifice, mais encore très-profond. A part cela, l'état local est excellent, ainsi que l'état général. Le coude a considérablement diminué de volume, et bien qu'il soit encore tuméfié, on peut assez facilement appércier les saillies osseuses.

Les mouvements sont en grande partie revenus et l'avant-bras a un certain degré de force.

Le 11 septembre. La cavité a encore diminué de capacité, et le bras est à peu près complétement revenu à son état normal.

Deux fois déjà, ajoute M. Demarquay, il m'est arrivé de commettre des erreurs semblables; une fois, je crus à un abcès froid et je rencontrai des hydatides; dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur de même nature que j'avais cru être un lipôme du bras.

Phlegmon diffus du bras consécutif à une saignée pratiquée sur un albuminurique. — M. VERNEUIL. Le développement d'accidents graves à la suite de blessures insignifiantes et d'opérations légères, la saignée en particulier, a été observé bien des fois, mais n'a pas toujours reçu d'interprétation satisfaisante.

Pour la phlébotomie, on a accusé la lancette d'avoir inoculé une

substance septique, et l'on s'est contenté d'ordinaire de cette explication contre laquelle proteste naturellement le propriétaire de l'instrument. J'admets cette cause, mais il est clair qu'elle ne peut être invoquée que dans des cas exceptionnels, et qu'il faut chercher simultanément, dans l'état général du sujet et dans le milieu qu'il occupe, la raison plus acceptable de l'invasion des accidents.

L'étude du diabète a commencé à ouvrir les yeux sur cette influence générale. Il est aujourd'hui démontré que chez les glycosuriques la moindre égratignure peut amener des inflammations phlegmoneuses ou gangréneuses de mauvaise nature, qui, en dépit du traitement le plus actif, se terminent fatalement en quelques jours ou en quelques semaines au plus.

Mais l'adultération du sang par la glycose n'est point seule capable d'entraîner ces morts inattendues.

L'alcoolisme est tout aussi redoutable. J'ai vu plusieurs fois de petites plaies des membres inférieurs amener, chez des sujets très-vigoureux, des angioleucites que rien ne pouvait entraver et qui se terminaient rapidement avec tous les symptômes du *delirium tremens* le plus grave.

La relation qui existe entre la glycosurie et l'albuminurie pouvait faire prévoir que cette dernière affection influencerait tout aussi défavorablement la marche des lésions traumatiques et prédisposerait au développement d'inflammations diffuses de mauvaise nature.

En effet, M. Gubler, dans l'article *Albuminurie* du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 502), note explicitement cette propension funeste. On voit apparaître des escharres tantôt spontanées, tantôt succédant à la moindre écorchure, à une légère brûlure, aux piqûres, aux scarifications qu'on pratique contre l'œdème.

Le fait suivant, observé avec attention, montre que, comme chez les diabétiques, la saignée peut occasionner, en cas d'albuminurie, un phlegmon des plus graves.

V..., 34 ans, belge, carrier, de bonne constitution, entré à Lariboisière le 16 décembre 1868, salle Saint-Augustin. n° 8 (1).

Cet homme, dont l'intelligence est fort obtuse, fournit les renseignements suivants. Il a toujours joui d'une bonne santé, mais sa profession l'expose à se refroidir alors que son corps est en sueur. Il dit être sobre, ne boire jamais d'eau-de-vie et consommer à peine, avec sa femme, un litre de vin par jour.

(1) Les détails de cette observation ont été recueillis par M. Morel d'Arleux, élève stagiaire du service.

En novembre 1868, il s'est foulé le poignet et a gardé le repos pendant quelques jours. Vers la fin du mois et sans cause connue, il accuse du malaise et constate que sa face et tout son corps présentent un léger gonflement.

Une sage-femme lui promet de le guérir et lui pratique une saignée du bras, probablement le 1er décembre. V... rentre chez lui et ressent dès le lendemain, dans le bras, des douleurs vives accompagnées d'une tuméfaction considérable ; un phlegmon diffus se déclare et suit sa marche sans autre secours que des applications de cataplasmes.

Un médecin, appelé alors que le membre est parsemé d'eschares, se contente de pratiquer des injections. Il attribue l'accident à l'impureté de la lancette et l'affirme dans un certificat que nous avons eu sous les yeux.

Voici ce que nous constatons lors de l'entrée du malade :

Vaste phlegmon diffus du bras gauche envahissant le bras jusqu'à l'insertion du deltoïde et la moitié supérieure de l'avant-bras. Il est resté confiné dans la couche sous-cutanée. Huit ouvertures, dont plusieurs offrent de 4 à 5 centimètres d'étendue, livrent passage à des flots de pus et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. La peau est largement décollée dans les intervalles.

L'état général est mauvais. Face pâle, lèvres décolorées, expression d'hébétude. Pouls petit, fréquent, peau chaude sans sécheresse, un peu de constipation, ventre souple ; cependant la langue est humide et le malade réclame avec des larmes de la nourriture dont on l'a privé depuis plusieurs jours. On prescrit un purgatif, l'excision des débris sphacélés et des injections chlorurées.

Le lendemain on examine les urines qui sont d'un brun sale et renferment manifestement une certaine proportion de sang. Elles contiennent une forte proportion d'albumine. Le précipité obtenu s'accumule au fond du tube et en remplit environ le quart. C'est alors que l'on recueille les antécédents qui prouvent l'existence d'une albuminurie antérieure à la saignée. On ne trouve de glycose ni alors ni dans les examens suivants.

On prescrit des bains de bras d'une heure deux fois par jour, des badigeonnages iodés aux limites du phlegmon, des cataplasmes émollients. Repos au lit. Alimentation substantielle que le malade affamé réclame toujours avec ardeur.

Le 23, les urines ont toujours conservé la même coloration, l'albumine a cependant diminué.

Le 24, poussée érythémateuse couvrant tout le bras avec douleurs. Malaise et fièvre. Point de bourrelet périphérique comme dans l'éry-

sipèle. Teinte livide de la peau envahie. Même teinte des bourgeons charnus. Suppuration diminuée et de mauvaise nature. Purgatif.

A deux reprises différentes, ces poussées érythémateuses se reproduisent, et chaque fois l'urine devient simultanément plus sombre et plus chargée d'albumine.

Les forces, que l'alimentation avait paru rétablir, baissent sensiblement, la langue se sèche, l'appétit disparaît. Soif vive. Nausées soir et matin. Frissons erratiques. Œdème des pieds et des jambes. Un peu de bouffissure de la face. Ballonnement du ventre; peut-être un peu d'ascite. Mauvais aspect du bras gauche, nulle tendance à la cicatrisation malgré les pansements les plus minutieux. Le cœur, le foie sont examinés avec soin et nous ne trouvons rien. La palpation dans la région rénale est à peine douloureuse. Pour combattre la congestion rénale et l'albuminurie, on prescrit, le 20 décembre, le tannin à la dose d'un gramme et 125 grammes de vin de quinquina.

Cette médication modifia de la manière la plus prompte et la plus favorable l'état local et aussi les urines, car depuis longtemps, tout en renfermant encore beaucoup d'albumine, elles ont repris une limpidité parfaite.

Au bras, disparition complète du gonflement, de la rougeur et des douleurs. Les poussées érythémateuses ont cessé. La suppuration s'est presque tarie, et la peau s'est recollée en quelques jours. Les perforations de petite dimension se sont rapidement comblées, puis cicatrisées. Il ne reste que trois plaies d'ailleurs fort réduites et recouvertes de bourgeons charnus d'assez bon aspect qui fournissent à peine quelques grammes de pus.

Ce changement dans l'état local a été des plus surprenants, et aujourd'hui les vestiges du phlegmon diffus sont presque insignifiants.

Malheureusement, la maladie générale n'a pas suivi une marche aussi favorable : l'œdème s'est généralisé. Il existe actuellement une ascite volumineuse; les fonctions digestives sont languissantes et il a paru nécessaire de supprimer le tannin après huit jours. 25 janvier.

On administre en ce moment un peu de quinquina; les frictions sèches sur toute la surface du corps, matin et soir; les bains de vapeur tous les deux jours.

Le malade est triste et abattu. Souvent somnolent, toujours indifférent. Il n'accuse aucune douleur et soupire seulement après le retour de ses forces et de son appétit. Tout porte à croire que l'état cachectique dans lequel il se trouve se terminera prochainement par la mort.

Je pourrais commenter longuement cette observation, si je voulais

discuter complétement les rapports qui existent entre les lésions traumatiques et l'albuminurie, à savoir l'influence que celle-ci, existant antérieurement, exerce sur la marche de la réparation organique et sur les accidents qui traversent le cours de la cicatrisation, et réciproquement la part que prennent les blessures et les opérations à la production de l'albuminurie. Mais ce débat serait prématuré en raison du trop petit nombre de faits bien observés que nous possédons. J'ai vu, pour ma part, quelques cas où la coïncidence a été évidente, mais j'ai, à mon grand regret, négligé d'en prendre la relation complète.

J'ai pratiqué la résection de l'épaule, presque *in extremis*, à un vieillard épuisé par la suppuration et qui était en même temps albuminurique. Il a succombé promptement.

J'ai fait la résection sous-périostée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil sur un jeune homme qui, pendant le cours de la cicatrisation, a été pris d'albuminurie aiguë, que quelques grammes de tannin ont facilement dissipée.

Deux fois dans le cours de maladies graves des voies urinaires, j'ai vu se développer des albuminuries également passagères; l'une, cependant, a duré trois mois.

Dans un cas, il s'agissait d'une rétention d'urine chez un vieillard à grosse prostate. On avait fait dans le canal plusieurs fausses routes.

Dans l'autre, un calcul avait amené des désordres locaux et des symptômes généraux des plus graves. La taille médiane avec lithotritie périnéale amena la guérison; mais pendant la convalescence, l'urine se chargea d'albumine pendant trois ou quatre semains.

La relation entre les opérations et la néphrite albumineuse a été déjà, du reste, signalée par Rosenstein (Jaccoud, *Clinique médicale*, p. 647), et Billroth avance que l'albuminurie se développe dans les suppurations osseuses de longue durée (Traduction française, 528, 545).

La question est donc posée, et il est à espérer qu'elle sera prochainement résolue, car elle intéresse à un haut degré le pronostic et les indications thérapeutiques et opératoires.

Dès à présent, on peut, sans se compromettre, affirmer que la présence de l'albuminurie dans l'urine assombrit singulièrement le pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales; que, par conséquent, elle doit imposer au praticien une grande réserve dans l'emploi de l'instrument tranchant. De la réserve à l'abstention complète, il y a loin, et je ne vais pas jusqu'à dire qu'il faut rejetter toute opération en pareil cas. L'urgence en certains cas fait taire tous les scrupules. C'est ainsi que, l'été dernier, j'ai pratiqué une trachéotomie

sur un enfant de dix ans, en état d'anasarque albuminurique, consécutif à une scarlatine grave. Contre mes prévisions, l'opération a réussi et je dois dire même que la plaie a suivi ses phases d'une manière tout à fait normale; ce qui prouve, une fois de plus, qu'en pratique il n'existe guère de règle absolue.

M. DEMARQUAY. Il est fréquent de voir des phlegmons diffus succéder à des mouchetures faites chez des malades ayant de l'œdème albuminurique. J'ai vu, il y a huit jours, un malade succomber à un phlegmon diffus, survenu dans ces circonstances. Il faut donc s'abstenir de pratiquer des piqûres ou des mouchetures aux malades ayant un œdème des membres, survenu sous l'influence d'une diathèse.

M. VERNEUIL. Dans le cas de M. Demarquay, il y avait prédisposition à l'inflammation diffuse, puisque les tissus étaient malades ou distendus par l'œdème; chez mon malade, il n'y avait qu'une influence diathésique, puisque la saignée avait été faite dans une région où la peau était saine.

ÉLECTIONS.

Le Société procède à l'élection de six membres correspondants nationaux.

Sont nommés :

MM. Stolz, Dumesnil, Gayet, Dauvé, Thomas et Lannelongue.

Sont nommés membres correspondants étrangers de la Société :

MM. Brodhurst (de Londres), Krasswoski (de Saint-Pétersbourg), Bardeleben (de Berlin) et Gauthier (de Genève).

La séance es levée.

Le Secrétaire: LÉON LEFORT.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1869

Présidence de M. LEGOUEST

Séance annuelle.

1° Allocution de M. le président;

2° Compte rendu des travaux de l'année 1868, par M. Léon Labbé, secrétaire annuel;

3° Éloge de Velpeau, par M. Trélat, secrétaire général. (Cet éloge sera inséré dans les mémoires de la Société).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL, en prenant place au fauteuil de la présidence, adresse à ses collègues une allocution, dans laquelle il les remercie de l'honneur qu'ils lui ont fait en lui confiant la mission de diriger les travaux de la Société.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — La *Revue médicale de Toulouse.*

— *Essai sur les décollements de l'épiphyse inférieure du radius*, par le docteur E. Parent, médecin-major.

— De *l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués.* — *Contribution à l'histoire de la résection totale du poignet*, par Eug. Bœckel, membre correspondant.

— *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques ou de l'angine phlegmoneuse*, par le docteur Gauthier (de Genève), membre correspondant.

— *Traité des opérations des voies urinaires*, par le docteur Reliquet. Première partie. In-8°, 1869.

— M. le docteur Léon Bezard adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Recherches sur l'emphysème traumatique.*

— MM. Dumesnil, Dauvé, Brodhurst et Bardeleben écrivent à la Société pour la remercier de leur récente élection.

— M. DAUVÉ, membre correspondant, envoie de Constantine l'observation suivante :

Fractures par écrasement des deux os de l'avant-bras. Fracture exposée du tiers supérieur du cubitus. Réduction impossible par les appareils ordinaires. Suture osseuse métallique. Guérison. — Le nommé C....., civil européen, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital le 6 juin 1868 pour une plaie contuse de l'avant-bras droit.

Le malade est charretier. Huit jours auparavant, la roue de sa voiture chargée de 2,000 kilog. lui a broyé l'avant-bras droit. Depuis ce jour, il se fait soigner chez lui au moyen d'applications de compresses imbibées d'eau blanche.

Le jour de son entrée, le malade a peu de fièvre. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, indique 38°,5. Le pouls est à 85. On ne constate aucun symptôme soit de septicémie, soit de pyohémie. Il n'y a là qu'une fièvre traumatique dans la période phlegmoneuse.

L'avant-bras est raccourci, comme tassé sur lui-même dans sa longueur. Une vaste plaie à surface mamelonnée occupe les deux tiers supérieurs de la région dorsale de l'avant-bras. Cette plaie a succédé à la chute d'une escharre. Sa surface est formée de fibres musculaires et de débris aponévrotiques. Une fente profonde occupe le milieu de cette vaste ulcération et permet au stylet d'arriver sur le cubitus fracturé à son tiers supérieur. L'avant-bras, le coude et la main sont œdématiés. Une fluctuation profonde est perçue en plusieurs points de l'avant-bras, mais il n'y a pas d'arthrite. On constate deux fractures du radius; une supérieure, à trois centimètres de l'apophyse styloïde. Ces deux fractures ne communiquent pas avec la plaie. Le fragment supérieur du cubitus, déplacé en arrière et en dehors, fait une saillie considérable au milieu de l'ulcération, et n'est séparé de l'extérieur que par une mince couche de tissu musculaire déjà sphacélé. Au dire du blessé, ce fragment sortait par la fente médiane le jour de l'accident. Cette pointe rentra dans les premières manœuvres de réduction, et s'engagea dans l'épaisseur des muscles extenseurs. Probablement tiré en arrière par le triceps, le fragment supérieur n'est plus maintenu par le radius fracturé, et entraîne avec lui le fragment radial médian. Je fis de vains efforts pour réduire ce déplacement, et rendre au membre sa longueur. L'état phlegmoneux de l'avant-bras et l'étendue de la plaie dorsale s'opposaient à l'application de toute espèce de bandage. Je n'obtenais de coaptation à peu près acceptable qu'en mettant l'avant-bras dans une position verticale sur une gouttière à châssis, et en pratiquant sur le poignet une ex-

tension continue. Le lendemain, la main était énormément gonflée, et des escharres s'étaient formées autour du poignet au niveau des lacs d'extension. Le pouls était à 90, le thermomètre à 39 degrés. Je dus renoncer à cet appareil, et, devant l'état phlegmoneux du membre (je dirai presque l'œdème purulent de Pirogoff), je ne vis plus de ressources que dans une amputation immédiate. Tel fut l'avis de notre médecin divisionnaire, M. le docteur Vital. Le malade nous opposa un énergique refus.

Ayant constaté une fluctuation profonde au niveau de la fracture du cubitus, et superficielle à la face antérieure de l'avant-bras, je résolus de donner une large voie au pus, et de juger *de visu* de l'état des fragments déplacés. Après avoir endormi mon malade, je fis deux longues incisions à la région antérieure; j'obtins une énorme quantité de pus, venant surtout de la région du poignet. Me guidant ensuite sur la saillie du cubitus et profitant de l'ancienne plaie de sortie, je fis une incision dorsale qui me permit d'arriver sur les deux fragments du cubitus, que je dégageai des fibres musculaires dans lesquelles ils étaient enfoncés.

Un flot de pus s'écoula des parties profondes.

J'essayai vainement, au moyen d'appareils divers, de maintenir la coaptation des deux fragments du cubitus. L'idée me vint alors de tenter la suture osseuse au moyen de fils d'argent. Les deux fractures du radius ayant produit un raccourcissement dans le diamètre longitudinal de cet os, le cubitus me parut trop long, et je dus réséquer avec la scie à phalanges les pointes des deux fragments. Au moyen d'un perforateur à mèche très-fine, mis en mouvement par une vis sans fin, je fis deux trous aux extrémités osseuses, trous dans lesquels je passai du fil d'argent double, qui, par la torsion, rapprocha et maintint les deux fragments. Les bords de la plaie se fermèrent d'eux-mêmes, et les fils d'argent servirent de voie à la suppuration. La plaie fut lavée à l'alcool. Trois tubes à drainage furent placés dans les plaies. Un linge enduit de styrax, quelques gâteaux de charpie imbibée d'eau phéniquée, une légère couche de ouate soutenue par deux valves en toile métallique fine, une large gouttière bien matelassée de ouate, enfin quelques lacs fixant le membre dans la gouttière, tel fut le pansement, tel fut l'appareil employé jusqu'à la guérison.

Pendant huit jours l'état général resta le même. Le thermomètre ne dépassa pas 39 degrés. Il n'y eut ni lymphangite, ni frissons. Des injections phéniquées faites par les tubes à drainage lavaient les plaies deux fois par jour.

Le huitième jour, après la ligature, les fils se rompirent, le déplacement se reproduisit, et il fallut remplacer cette ligature par un fil quadruple.

Dans les premiers jours du mois d'août, la plaie dorsale avait diminué de moitié, et une large surface bourgeonnante entourait les fils d'argent. Le membre me paraissant assez solide, je crus devoir enlever ces fils, en leur faisant faire quelques tours de torsion. Le déplacement ne se reproduisit plus, et je dus croire à une guérison prochaine.

Le 24 août, de nouveaux abcès survinrent à la région antérieure et au pli du bras. Une dysentérie aiguë vint encore aggraver l'état général de mon blessé, et ce dernier me supplia de l'amputer.

Je dus cette fois m'opposer à ses désirs. Notre hôpital était encombré. Les cours étaient pleines de malades sous la tente. Le service de chirurgie comptait deux cent vingt malades; la salle de cent lits où se trouvait ce blessé contenait quelques opérés atteints de fièvres septicémiques et de pourriture d'hôpital. Je n'osais plus donner un coup de bistouri. Je me contentai d'ouvrir les points phlegmoneux et de traverser l'avant-bras par deux longs tubes à drainage, à travers lesquels on fit deux fois par jour des injections phéniquées. Après trente jours de traitement, mon malade guérit de sa dysentérie et de ses phlegmons. Dès le 25 septembre, tout se réduisit à trois fistules qui donnèrent du pus pendant plus de deux mois. Le 1er décembre, tout était terminé. Dès le mois d'août, on imprima des mouvements fréquents aux articulations du coude et du poignet, et nous n'eûmes jamais à craindre d'ankylose. Les lésions musculaires multiples et l'œdème persistant de la main avaient amené une paresse notable dans les mouvements des doigts.

Grâce aux douches sulfureuses et au massage, ces raideurs articulaires diminuèrent sensiblement, et le malade put sortir le 13 décembre de l'hôpital.

Aujourd'hui, 5 janvier 1869, l'état général est excellent, et le blessé commence à se servir de son bras.

— M. DEMARQUAY remet à la Société, de la part de M. Baillot (de Bar-le-Duc, l'observation suivante :

Nécrose d'une portion de l'humérus. Dégagement spontané d'un sequestre invaginé. — H... (Alphonse, âgé de 15 ans, sabotier), d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, ne se rappelle pas avoir jamais été malade avant le 18 décembre 1862, où, étant à jouer avec des camarades, il reçut des coups de talon sur différentes

parties du corps et notamment sur le bras et l'épaule du côté gauche. Ses nombreuses meurtrissures, le gonflement énorme dont son bras devint le siége, et l'impossibilité où il s'est presque aussitôt trouvé de le mouvoir sans y ressentir de très-vives douleurs, l'obligèrent à se mettre au lit et à le garder pendant six mois au moins. Plusieurs abcès ne tardèrent pas à apparaître, tant au bras qu'à l'avant-bras, et donnèrent lieu à une suppuration plus ou moins abondante, suivant les moments, et qui ensuite n'a jamais tari un seul instant.

La douleur et la tuméfaction du bras ayant considérablement diminué, à partir des premiers jours de juillet 1863, ses mouvements sont devenus plus libres. On envoya alors l'enfant à l'école, et on s'est borné, pour tout traitement, à panser avec du linge sec les trajets fistuleux qui avaient succédé aux abcès de son bras et de deux desquels il a été extrait dans la suite, à des époques différentes, plusieurs petites esquilles.

A son entrée à l'hôpital, le 15 décembre 1867, six trajets fistuleux existent à la partie supérieure et antérieure du bras-gauche : cinq en avant, et un un peu en dedans.

En comprimant le bras dans son tiers supérieur, on sentait, au lieu et place de l'humérus, un corps dur, volumineux, le double au moins en grosseur de cet os.

Pendant plusieurs mois, on fit inutilement plusieurs tentatives pour extraire le sequestre, et ce ne fut que le 20 juin qu'on constata qu'il était devenu mobile. Une nouvelle tentative d'extraction fut faite.

Après avoir réuni par une incision les deux trajets fistuleux les plus élevés, et avoir prolongé cette incision de près d'un centimètre en haut, en la rapprochant de l'acromion, j'ai pu extraire, sans trop de difficulté, ce sequestre, ayant près de 9 centimètres de long, 5 de circonférence, et comprenant dans une étendue de 6 centimètres une portion complète de l'humérus avec son canal médullaire.

L'opération était à peine terminée que ce jeune homme faisait avec son bras les mêmes mouvements qu'auparavant, et cela sans éprouver la moindre gêne ni la plus faible douleur. Il s'est ensuite levé presqu'aussitôt après, malgré la défense qui lui en avait été faite, et ne s'est astreint à porter une écharpe que pendant trois jours seulement.

Un mois plus tard, les deux bras donnaient exactement les mêmes mesures qu'au moment de l'opération, et les mouvements du bras malade étaient à peu près semblables à ceux du bras sain, à l'exception toutefois du mouvement d'élévation qui laissait encore un peu à désirer.

M. le docteur Abeille, médecin à Paris, à propos d''une récente

communication de M. Verneuil, envoie à la Société une lettre dans laquelle il réclame la priorité de l'emploi du tube de caoutchouc souple dans l'opération de la thoracenthèse, pratiquée dans la pleurésie purulente, comme moyen d'empêcher l'introduction de l'air. Un appareil déjà présenté à l'Académie de médecine est joint à sa réclamation.

M. VERNEUIL admet comme fondé dans son principe général la légitimité de cette réclamation, qui sera déposée aux archives.

M. HARDON adresse à la Société deux pinces à pansement, dont il a aplani la face interne des mors, afin de faciliter le nettoyage de l'instrument.

COMMUNICATION.

Anévrysme. — Compression digitale. — M. LEGOUEST. Un homme de 52 ans entra dans mon service, portant un anévrysme dans le creux poplité droit; la tumeur était limitée au bas par l'interligne articulaire et elle était placée en haut dans la moitié supérieure du losange poplité. Je crus qu'il y avait lieu d'employer la compression digitale et j'eus recours à la compression intermittente, dix heures par jour. Au bout de huit jours, la tumeur n'avait subi aucun changement; cinq ou six jours après, sans que rien de nouveau eût été fait, la tumeur se mit à durcir, mais il y avait sur les côtés des mouvements d'expansion; trois ou quatre jours plus tard, la tumeur se mit à diminuer et l'on n'y trouvait plus de battements. Pendant un mois, nous crûmes à une guérison, quoiqu'on trouvât encore du bruit de souffle et des battements obscurs. Je tentai la compression avec un appareil; elle ne put être tolérée. Je revins à la compression digitale pendant deux heures; quatre ou cinq jours après, nouvelle diminution de la tumeur et des battements; mais là s'arrêta le succès. Aujourd'hui, après deux mois écoulés, on retrouve encore des battements sur la périphérie de la tumeur.

Je me propose d'essayer la compression totale pendant douze à quinze heures de suite, en surveillant moi-même l'exécution de la méthode thérapeutique. Quant à la flexion, qui passe pour donner de brillants résultats, je ne crois pas devoir y revenir de nouveau; je l'ai déjà tentée chez ce malade, mais elle occasionnait de telles douleurs, qu'elle ne put être supportée. Ce qui me paraît rendre cette observation intéressante au point de vue de la pratique, c'est cet espoir toujours ravivé et toujours déçu d'une guérison complète, et surtout cette circonstance que la diminution de la tumeur n'avait lieu que quelques jours après, que l'on avait procédé à des tentatives de guérison par la compression digitale.

M. CHASSAIGNAC demande si la compression arrêtait les battements de la pédieuse et si il n'y aurait pas utilité à aider l'action des aides, et à diminuer la fatigue qu'ils éprouvent en appliquant sur les doigts appuyés sur l'artère un sachet rempli de plombs de chasse.

M. LEGOUEST a essayé un moyen analogue; il avait appliqué sur l'artère la pelotte d'un appareil compresseur, et les aides glissaient leurs doigts sur cette pelotte, qui venait faire l'office du sac de plombs, conseillé par M. Chassaignac; mais, loin de trouver cet adjuvant utile, M. Legouest l'a trouvé nuisible, car la pression engourdissait les doigts des aides et nuisait à la netteté des sensations tactiles.

Quant aux battements des artères périphériques, on ne les constatait ni dans la pédieuse, ni dans la tibiale.

M. VERNEUIL, dans un cas difficile d'anévrysme poplité, a obtenu la guérison par la flexion; mais comme ce moyen était douloureux dans son application, il ne fit faire que des séances de vingt-cinq minutes.

Une commission de cinq membres, désignée par le sort, est chargée de vérifier les comptes du trésorier. Cette commission se compose de MM. Labbé, Tillaux, Guyon, Guéniot et Perrin.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. HORTELOUP. J'ai l'honneur de vous présenter un homme entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Richard, que je remplace actuellement. Cet homme porte dans la région inguinale gauche une tumeur ayant 13 centimètres de long sur 7 de large; elle a la forme d'un ellipsoïde et siége au devant du canal inguinal.

Cet homme, qui se nomme L..., âgé de 30 ans, est camionneur en vins, donne à la tumeur une étiologie fort intéressante, mais dont malheureusement on doit beaucoup douter.

L... a toujours eu le testicule droit arrêté dans l'anneau inguinal; en effet, son scrotum droit est vide; lorsqu'il y a trois mois, en serrant le câble de son camion, il y aurait eu un déroulement trop rapide et le treuil serait venu frapper son testicule droit, il aurait ressenti une douleur vive, comparable à la douleur que donne la pression du testicule. Il aurait continué son travail. Le soir, il se serait couché, et le lendemain, il aurait trouvé son côté gauche très-gonflé, déterminant assez de douleurs pour exiger le repos au lit avec l'application de cataplasmes. La douleur aurait disparu, mais il serait resté du gonflement, qui se serait accru sans interruption, pour arriver au volume que nous avons indiqué.

Cette tumeur présente une consistance quasi-liquide, qui rappelle un peu celle du lipome. Lorsqu'on percute, on obtient un son mat, et lorsqu'on donne des petits coups secs, on voit un tremblottement analogue à celui des hydrocèles sous-cutanés.

En palpant, on constate plusieurs parties différentes; en dehors, près de l'épine iliaque, on reconnaît un petit corps ovalaire (une grosse amande), mou, dont la pression développe les douleurs testiculaires, et qui est bien manifestement le testicule. De l'extrémité interne de ce petit testicule, part un cordon du volume d'une plume d'oie, qui n'est autre que le canal déférent, que l'on peut suivre jusqu'à l'anneau inguinal, qui est élargi et dans lequel on peut sentir une pointe de hernie.

Entre le testicule et l'anneau inguinal, au-dessus du canal déférent, se trouve alors une masse pâteuse, qui forme la saillie que l'on distingue à la région inguinale. Cette masse pâteuse est composée principalement d'une partie volumineuse, bosselée, dure, non douloureuse à la pression, qui donne la sensation de l'épiploon. Mais on ne trouve nullement la corde épiploïque, et il est impossible de sentir dans le canal inguinal un prolongement de cette masse pâteuse.

La peau est saine, de couleur normale, et peut se laisser plisser sur la tumeur. Lorsqu'on fait lever le malade, on sent parfaitement que la tumeur est située au-dessus des muscles de l'abdomen.

Comme je l'ai dit plus haut, il y a beaucoup à douter de l'étiologie que donne ce malade, parce que plusieurs membres de la Société de chirurgie assurent connaître ce malade depuis plusieurs années et qu'alors il présentait déjà cette tumeur, peut-être un peu plus petite.

Quoi qu'il en soit, la tumeur n'en est pas moins difficile, car elle se compose d'un testicule anormal, déplacé, soit lentement par le développement de la tumeur, soit d'une façon brusque, si on accepte le dire du malade, et qui serait une espèce de luxation du testicule. En outre, il existe une tumeur, pour laquelle je demande l'avis de la Société de chirurgie, soit comme diagnostic, soit comme traitement.

M. TILLAUX. Je connais ce malade depuis sept à huit ans; il était à cette époque dans le service de M. Nélaton, qui avait regardé la tumeur comme une dilatation lymphatique.

M. DESPRÈS croit qu'il y a là un lipome herniaire ou hernie épiploïque adhérente, n'ayant plus de communication avec l'abdomen; dans tous les cas, aucune intervention active ne saurait avoir lieu.

M. DEMARQUAY pense qu'il s'agit d'une masse graisseuse d'origine épiploïque, dont le trajet vers l'extérieur a été modifié par suite de l'ectopie testiculaire. On ne sent pas l'épiploon hernié se continuer

avec celui contenu dans l'abdomen, mais on sait que dans les circonstances analogues, l'épiploon s'effile, s'efface et semble avoir disparu dans l'étendue du canal inguinal.

M. HOUEL reconnaît également le malade, qu'il a vu dans le service de M. Nélaton et à la Charité, dans celui de Velpeau; la tumeur lui paraît avoir augmenté de volume depuis trois ans; M. Nélaton la regardait comme une tumeur lymphatique, M. Velpeau comme un lipome.

M. LE FORT avait cru reconnaître le malade comme un de ses anciens infirmiers du service de la Charité, alors qu'ils suppléait M. Denonvilliers; il doute maintenant de l'identité du malade, car la tumeur aurait présenté à cette époque des caractères différents de ceux qu'elle présente actuellement.

M. TRÉLAT doute qu'on ait affaire à une tumeur lymphatique, car ces tumeurs siégent vers le pli de l'aine et non dans la région qu'occupe celle-ci; de plus, la maladie date de neuf ans au moins et les tumeurs lymphatiques ne sont pas stationnaires; aussi croit-il qu'il s'agit d'une ectopie testiculaire, accompagnée de hernie épiploïque.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel: LÉON LEFORT.

SÉANCE DU 3 FEVRIER 1869

Presidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — Les *Archives générales de médecine*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical* (de Marseille).

— M. de Closmadeuc, membre correspondant, adresse un intéressant travail ayant pour titre : *Chirurgie et barberie en Bretagne avant la Révolution*. Brochure in-8°, de 64 pages.

— M. le docteur Péchot, professeur à l'École de médecine de Rennes, envoie : *Principes de pathologie générale*. In-18. Paris. Delabaye. 1867.

— MM. Gautier (de Genève) et Gayet (de Lyon) adressent des lettres de remerciements pour leur récente élection au titre de membres correspondants.

— M. GIRALDÈS dépose sur le bureau un exemplaire du *Calendar of the royal college of surgeons of England.*

M. DOLBEAU. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie un travail de M. le docteur Krishaber : c'est un extrait du *Dictionnaire encyclopédique*. Si j'insiste sur cette présentation, c'est à cause même de l'importance du mémoire. En effet, M. Krishaber vient de faire, et le premier, je crois, un *Traité des polypes du larynx*. Quelques détails suffiront pour faire bien comprendre le service que notre confrère vient de rendre à la pathologie du larynx.

Jusqu'à Levret (1749), on ne trouve dans les auteurs que quelques indications très-vagues sur les polypes des voies aériennes; c'est à dater de cette époque que des autopsies viennent démontrer l'existence de tumeurs plus ou moins pédiculées, occupant le larynx. De loin en loin, on rencontre une observation plus ou moins incomplète.

Il faut arriver à 1850 pour voir une première tentative d'étude générale de ces tumeurs. Ehrman, à l'occasion d'un fait observé par lui vers 1842, rassembla les faits connus pour en déduire quelques considérations générales mais nécessairement incomplètes.

Rokitansky a fait des autopsies, 13, je crois; mais il confondu avec les polypes des épithéliomes du larynx.

Middeldorf (1851) a réuni 64 cas de polypes du larynx; mais lui aussi a eu le tort de compter au nombre de ces polypes, presque la moitié des cas, des productions qui n'étaient autre chose que des cancers.

En 1860, commence une nouvelle période dans l'histoire des polypes du larynx. Jean Czermak publie la première observation de polype, constaté au moyen du laryngoscope. Depuis cette époque, les observations se multiplient, et en 1862, Bruns pratique la première opération par les voies naturelles. Ce même chirurgien a publié en 1865, puis en 1868, un grand nombre d'observations, 40, je crois. Cependant Bruns annonce que ces faits lui serviront à la publication d'un traité complet des polypes du larynx. Ce traité n'a point paru, mais on peut dire que le docteur Krishaber vient de le faire. Notre confrère, grâce à la réunion de 260 observations authentiques de polypes du

larynx, a pu constituer une description didactique de cette importante maladie. Si M. Krishaber a, réellement et le premier, fait un traité des polypes du larynx, il reste à en apprécier la valeur, et c'est ce que je vais essayer de faire en quelques mots.

L'anatomie pathologique a été faite avec le plus grand soin dans le travail de M. Krishaber. L'auteur a parfaitement compris que l'anatomie pathologique pourrait seule servir de base à l'étude chirurgicale des tumeurs du larynx. C'est ainsi qu'on le voit successivement grouper autour de la lésion les symptômes, le pronostic et les indications thérapeutiques des polypes du larynx.

On peut dire, sans crainte d'être contredit, que le travail de M. Krishaber place l'étude des polypes du larynx à la portée de tous. Quant à ceux qui, non contents de reconnaître le mal, désireraient en entreprendre la cure définitive, ils trouveront dans la brochure que je signale à votre attention tous les détails nécessaires. L'article de M. Krishaber se termine, en effet, par un chapitre très-complet de chirurgie opératoire.

RAPPORT.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur un travail de M. Baizeau, intitulé : *De l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule.* Après avoir analysé rapidement les opinions émises et les faits énoncés dans ce travail, M. Dolbeau termine ainsi son rapport : L'idée de l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule est loin d'être nouvelle et surtout d'être personnelle à M. Baizeau, car la pratique générale des chirurgiens des hôpitaux de Paris est de s'abstenir de tous ces moyens et de placer le bras du malade dans une écharpe, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation.

M. CHASSAIGNAC proteste contre l'idée présentée dans le travail de M. Baizeau. Je soutiens, dit-il, la thèse tout à fait opposée et je prétends que s'abstenir d'appareils n'est pas la pratique des chirurgiens des hôpitaux de Paris. L'absence d'appareils amène des non-consolidations. J'ai vu dans ces conditions des pseudarthroses de la clavicule, des cals volumineux, assez volumineux même pour amener des accidents et nécessiter une intervention. Cette question est la même que celle de l'extension permanente dans les fractures de la cuisse ; on la croyait inefficace faute de savoir l'employer. Malgaigne ne croyait pas à la possibilité de réduire sans déplacements toutes les fractures de la clavicule ; il eut la complaisance de me dépêcher un jour un de ses internes, m'invitant à venir à Saint-Louis, réduire une fracture de la

clavicule; il eut la complaisance de me dépêcher un jour un de ses internes, m'invitant à venir à Saint-Louis, réduire une fracture de la clavicule qu'il ne pouvait réduire sans difformité. J'essayai et je réussis par mon procédé. Vous savez en quoi il consiste. Placé derrière le malade, j'embrasse le coude de mes deux mains entrelacées, l'une passant en avant, l'autre en arrière de la poitrine; je soulève ainsi en tirant en haut de toutes mes forces l'épaule malade, et de cette manière j'opère la réduction. Pour maintenir la position et empêcher les eschares du coude, je fais entourer cette partie d'un bandage dextriné; lorsqu'il est sec, je réduis par la manœuvre que je viens d'indiquer, et je maintiens la position au moyen d'un bandage inamovible. Tout l'effort de la pression porte sur le creux sus-claviculaire, ou plutôt sur la courbe du trapèze du côté opposé, et j'ai soin de garnir la partie avec un coussin. Jamais avec cette méthode je n'ai trouvé de fracture irréductible.

M. MARJOLIN est heureux d'avoir entendu M. Chassaignac défendre l'utilité des appareils. Il ne faut pas en repousser l'emploi quand il y a des déplacements, car c'est le seul moyen d'empêcher les cals vicieux et souvent les non-consolidations. Une thèse de M. Hurel défendait, comme MM. Baizeau et Dolbeau, l'idée de l'inutilité des appareils; c'est là une exagération évidente. M. Marjolin a eu l'occasion de voir deux fois des pseudarthroses de la clavicule qui avaient été amenées par l'absence de moyens contentifs suffisants, c'est-à-dire par l'emploi de l'écharpe.

M. TRÉLAT partage le sentiment de ses deux collègues; l'apposition d'une simple écharpe peut être suivie d'accidents autres qu'une pseudarthrose; deux fois chez des malades ainsi traités, et chez lesquels il n'y avait pas eu de consolidation, il existait sur l'endroit de la fracture des tumeurs qui ressemblaient à des périostoses, et qui étaient dues à l'imitation du périoste avoisinant les fragments non réunis et mobiles l'un sur l'autre. Au point de vue de la pratique, et même quand il devrait y avoir consolidation, il faut employer des appareils mieux contentifs qu'une simple écharpe, pour éviter que le frottement des fragments ne produise une crépitation qui inquiète le malade, et qui l'inquiète à bon droit, puisqu'elle témoigne de la non-contention exacte des extrémités osseuses en rapport.

M. LÉON LE FORT. Je suis l'interne de Malgaigne, qui, en 1853, allait prier M. Chassaignac de venir réduire une fracture de la clavicule regardée comme irréductible, et je dois dire que M. Chassaignac a obtenu un succès remarquable. Depuis, j'ai employé la même méthode chez beaucoup de malades, souvent avec succès,

mais je suis d'avis que M. Chassaignac exagère les bénéfices du moyen qu'il propose, car dans plusieurs cas je n'ai pu réussir, et d'ailleurs les déplacements, qui sont très-divers, ne se font pas toujours dans le même sens et ne se réduisent pas par les mêmes moyens.

Quant à l'opinion de M. Dolbeau, elle serait des plus exagérées, si je ne soupçonnais pas qu'il y eût malentendu. M. Dolbeau, en parlant d'écharpes, doit avoir en vue des écharpes bien appliquées, capables d'assurer l'immobilité, comme celle de Mayor, et non des mouchoirs simplement passés autour du cou. Il s'agit plutôt de l'inutilité de la réduction au point de vue du rétablissement ultérieur des mouvements, que de l'inutilité de l'immobilité et de la contention exactes.

M. DEMARQUAY. Il y a des cas où l'on n'est pas libre d'appliquer ou de ne pas appliquer d'appareils, lorsque, par exemple, on a à craindre de voir un fragment très-aigu, fort saillant, venir perforer la peau. Il est évident qu'une réduction, partielle au moins, est indispensable, et la réduction effectuée ne peut être maintenue que par un bandage. Dans d'autres cas, la situation des fragments amène des douleurs parfois intolérables, qui ne peuvent céder qu'à la réduction ou tout au moins à l'immobilisation complète du bras. Il y a donc des cas où il y a nécessité d'intervenir; d'autres où l'intervention est utile, comme lorsqu'on veut, chez une jeune femme, éviter la difformité qui résulte d'une mauvaise coaptation.

M. DOLBEAU. Ce que j'ai voulu dire, ce n'est pas qu'il faut s'abstenir de traiter les fractures de la clavicule, mais qu'il y a des individus, et ils sont nombreux, qui, sans appareils spéciaux, récupèrent par la simple immobilisation les mouvements du membre. Comme mes collègues, j'ai observé des cals enflammés, des pseudarthroses, quand il n'y avait pas eu immobilisation suffisante; comme eux, je sais qu'une réduction, maintenue par les appareils, peut presque seule amener chez les malades une guérison sans difformité; mais l'écharpe ne constitue ni un bandage ni un appareil spécial; et si j'ai parlé de l'inutilité des bandages spéciaux, je n'ai pas parlé de l'inutilité de l'immobilisation.

M. PAULET. Le tort de M. Baizeau est d'avoir intitulé son travail *De l'inutilité des bandages*, car on pourrait prendre son expression trop à la lettre, et ne plus employer aucun traitement.

M. GIRALDÈS. Il faut établir une distinction entre les fractures de l'adulte et celle des enfants; chez ces derniers, il arrive parfois qu'il n'y a pas de déchirure du périoste; la fracture, bien maintenue, gué-

rit sans difformité, et il n'en serait pas de même si l'on s'abstenait de tout appareil. Quant à la manière d'obtenir cette immobilité, M. Giraldès croit que l'appareil inamovible est un des plus mauvais moyens qu'on puisse employer. Il fait corps avec la poitrine, se soulève et s'abaisse avec les côtes, et imprime ainsi à la fracture les mouvements qu'on cherche précisément à éviter.

M. TRÉLAT. Le travail de M. Baizeau est intitulé : *De l'inutilité des bandanges et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule*. D'après les explications données par le rapporteur, M. Dolbeau, il faudrait, au contraire, l'intituler : *Nécessité d'appliquer des bandages et des appareils pour assurer l'immobilité dans les fractures de la clavicule.*

M. BLOT. Celui qui publierait un travail intitulé : *De l'inutilité du forceps dans les accouchements*, sous le prétexte que dans la plupart des accouchements on n'a pas besoin de recourir au forceps, ferait ce qu'a fait M. Baizeau en intitulant son travail : *De l'inutilité des appareils dans les fractures de la clavicule.*

Le bandage est parfois, souvent si l'on veut, d'une utilité contestable ; mais il est parfois, souvent même, d'une indispensable nécessité.

M. VERNEUIL. Je n'ai que quelques mots à ajouter. Il est bon que cette courte discussion soit venue montrer que les chirurgiens des hôpitaux de Paris repoussent les idées défendues par MM. Baizeau et Dolbeau, et traitent par des bandages et des appareils les fractures de la clavicule ; car il est dangereux de soutenir, à tort, que, dans certaines affections, l'intervention de l'art est inutile, et que la guérison s'effectue aussi bien, et même mieux, sans traitement que par une thérapeutique rationnelle, perfectionnée par l'expérience et l'observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Luxation complète du premier métatarsien gauche, avec plaie et issue à travers la plaie de l'extrémité antérieure de l'os. — M. DEMARQUAY communique le fait suivant : Dans la soirée du 26 janvier, le nommé X..., cocher, âgé de 23 ans, est entré à la Maison de santé. A onze heures du matin, ce malade avait fait une chute de cheval, et la jambe gauche avait été prise entre le sol et l'animal qui lui-même s'était renversé. Le pied malade est recouvert de compresses imbibées d'eau froide, souvent renouvelées, jusqu'au lendemain. Pendant toute la nuit, les douleurs sont très-vives et le malade ne peut dormir.

Le 27, à la visite du matin, on constate les lésions suivantes :

Le gros orteil occupe sa position normale par rapport aux autres orteils; pas de déviation ; les mouvements spontanés de flexion et d'extension sont possibles, mais très-limités et douloureux. Il existe au bord interne du pied une plaie longitudinale de 5 centimètres, à bords très-nettement coupés qui s'arrête en avant, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Entre les lèvres de la plaie, saillie de la tête du premier métatarsien. Cette extrémité osseuse regarde en haut et en dedans, et l'axe du métatarsien fait avec sa direction normale un angle d'environ 70 degrés.

Le métatarsien a subi un mouvement de rotation sur lui-même; une de ses faces latérales est devenue supérieure, et en cherchant la facette articulaire du premier avec le deuxième métatarsien on voit que c'est la face externe qui est devenue inférieure.

En arrière du gros orteil, on peut déprimer les téguments dans un espace laissé vide par la sortie de la tête du premier métatarsien. Malgré des recherches minutieuses, il est impossible de reconnaître le tubercule qui sert de point de repère pour l'amputation de Chopart. Du reste, il existe un gonflement qui rend l'examen difficile, et le malade accuse des douleurs très-intenses.

Il s'agissait de savoir si, outre les lésions apparentes, il n'en existait pas dans les parties profondes. En saisissant la portion osseuse qui faisait saillie, on imprimait à l'os tout entier des mouvements beaucoup plus étendus que ceux que permet l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Il était toutefois impossible de faire subir à l'os un mouvement de rotation qui pût ramener ses faces dans leur position normale. Existait-il une luxation de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, ou bien était-ce une fracture de l'os? Le diagnostic était difficile, et malgré l'absence de crépitation, l'idée d'une fracture n'était pas complétement repoussée. Dans tous les cas, la réduction paraissait impossible, et après quelques tentatives inutiles, M. Demarquay se décida à pratiquer l'extraction du fragment antérieur dans le cas de fracture ou de l'os entier, si on avait affaire à une luxation.

Le malade étant chloroformisé, la plaie fut agrandie, et il fut alors facile de suivre l'os avec le doigt. Pas de fracture. L'extrémité postérieur du premier métatarsien, fortement portée en dehors, était engorgée sous le deuxième. Le tendon du long péronier, qui faisait au fond de la plaie une saillie facile à sentir avec le doigt, semblait être le seul lien qui retînt l'os dans sa nouvelle

position. Une fois ce tendon sectionné, il fut facile d'enlever le métatarsien.

Ligature de trois artères. Pansement avec de la charpie. Compresses froides.

L'os enlevé n'offre d'autre lésion que l'arrachement du point d'insertion de l'expansion qui lui envoie le tendon du jambier antérieur.

Depuis l'opération, l'état du malade est très-satisfaisant. Les douleurs, vives les premiers jours, ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur intensité. Régime : deux portions.

A la suite de cette communication, M. Demarquay fait observer que les luxations du premier métatarsien ne sont pas très-rares. En consultant les recueils scientifiques, on pourrait en réunir un certain nombre. C'est ce qui a été fait par M. Letenneur, de Nantes.

Sur 12 faits qu'il a consignés, on trouve : 1° 2 faits de luxation et d'ablation du premier métatarsien avec guérison; 2° 3 avec résection partielle et 1 d'ablation du premier métatarsien avec guérison; 3° 7 cas de réduction : 6 guérison et 1 mort.

M. CHASSAIGNAC a observé une tumeur formée par le métatarsien déplacé; les quatre derniers métatarsiens étaient intacts; le cinquième était transversalement placé au-dessous des autres.

Tumeur fibro-plastique du cou. — M. GUYON communique l'observation suivante : La nommée B... (Mélanie), âgée de 34 ans, est entrée le 26 décembre 1867, à l'hôpital Necker, dans son service, La malade nie tout antécédent de scrofule. Habituellement bien portante, elle s'aperçut, il y a deux ans, qu'elle avait une petite grosseur au cou; elle siégeait dans sa partie latérale gauche, à peu près à égale distance de l'épaule et de l'oreille; nullement douloureuse, elle roulait sous la peau. Sept mois environ après, applications successives de caustiques qui dénudèrent le derme; vésicatoires.

Au mois de juin dernier, la tumeur avait acquis le volume d'une grosse pomme; on pratique une nouvelle cautérisation, probablement avec la potasse caustique : elle laisse une cicatrice grande comme la paume de la main. L'accroissement prit alors une marche beaucoup plus rapide, si bien que dès le mois de décembre, elle avait déjà le même volume qu'aujourd'hui. Pendant cette période, elle n'éprouva pas plus de douleurs que par le passé, mais elle fut sujette à des syncopes assez fréquentes.

État actuel. — La santé générale est très-satisfaisante. La tumeur

mesure 28 centimètres dans son diamètre transversal, 29 centimètres dans son diamètre vertical. Elle est irrégulièrement sphéroïdale et recouvre toute la moitié postérieure du cou.

Verticalement, elle s'étend de la racine des cheveux à l'épaule. La peau est saine, sauf dans les points cautérisés ; et à part ces points, elle est partout mobile sur la tumeur.

La tumeur n'offre ni battements, ni mouvements d'expansion ; aucun bruit à l'auscultation.

Elle est dure et élastique ; en arrière, on trouve quelques parties plus molles, mais en la déprimant, on retrouve la consistance dure de la masse morbide. En avant, quelques points sont plus durs ; du reste, la surface est égale, non lobulée.

A la surface de la tumeur rampent les veines volumineuses, et entre autres la jugulaire externe. On rencontre dans un point une artériole assez volumineuse.

La tumeur s'avance en bas jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien, dont on la sépare facilement; les vaisseaux carotidiens sont en avant, à deux travers de doigt. Quant aux vaisseaux sous-claviers, ils ne sont pas en cause, la tumeur étant facilement mobile de ce côté.

La tumeur offre quelques connexions profondes : elle est rattachée à l'extrémité externe de la clavicule par un pédicule du volume du pouce, de consistance fibreuse; elle paraît adhérer d'une manière plus intime aux apophyses épineuses des cinquième, sixième et septième cervicales. Lorsqu'on cherche à faire contracter les muscles de la région, en s'opposant au mouvement de la malade, on constate que la tumeur est tout au moins recouverte par le peaucier. Les autres muscles, sauf le trapèze, ne paraissent pas la recouvrir.

M. Guyon pratique l'ablation de la tumeur le 15 janvier ; la malade est anesthésiée par le chloroforme ; deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale, à concavité supérieure, formant une sorte d'Y, permettent de former trois lambeaux et de découvrir facilement la tumeur ; elle s'énuclée facilement dans sa partie profonde, sauf en bas et en haut ; dans le premier point, on sectionne un pédicule, formé par un faisceau du trapèze, qui traverse la tumeur et la rattache à la clavicule ; on la renverse alors en haut, et on coupe le pédicule supérieur avec l'écraseur linéaire ; il est également formé par des fibres musculaires ou aponévrotiques.

Dans le fond de la plaie, on a mis a nu et sectionné une grande partie des fibres du trapèze et même du splénius; en plusieurs

points, dans la face postérieure de la tumeur, on voit des faisceaux de fibres musculaires qui pénètrent dans son épaisseur et se perdent dans son tissu. Le *fascia superficialis* est intact et fait partie des lambeaux, ainsi qu'une couche musculaire assez épaisse; on voit plusieurs branches nerveuses superficielles coupées dans les anfractuosités de la plaie. On réunit la plaie par des points de suture métallique, en laissant de larges ouvertures d'échappement pour les liquides aux angles inférieurs et postérieurs.

On n'a eu à lier que de fines artérioles; la veine jugulaire externe a pu être menagée. La plaie avait été lavée avec l'alcool pur, avant le rapprochement des lambeaux; elle est alors recouverte d'un pansement simple.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 708 grammes; elle est assez régulièrement arrondie et entourée par une fine couche de tissu cellulaire et quelques fibres du peaucier.

A l'examen microscopique, on la trouve composée de faisceaux serrés et entrecroisés dans tous les sens; ces faisceaux sont formés par des cellules allongées, fusiformes, contenant 1 à 2 noyaux ovalaires; les cellules sont très-délicates, finement granuleuses; chaque noyau contient un ou deux nucléoses brillants. Outre ces éléments fondamentaux, on rencontre encore, par places, quelques faisceaux de tissu fibreux, à fibres très-fines et ondulées; un réseau fin de cellules plasmatiques; enfin des vaisseaux assez nombreux et pourvus, quelques-uns au moins, d'une tunique vasculaire.

Diagnostic anatomique : Sarcome fibro-plastiques fasciculé, avec tendance à l'organisation dans le sens du tissu fibreux.

Traitement. — Tilleul, potion cordiale, julep, éther, morphine, glace, bordeaux, bouillon, potage.

Le 18, les lambeaux se gonflent un peu et la suppuration s'établit.

Le 21, on remarque un peu de tendance à la désunion, et il s'est formé sur le lambeau antérieur une plaque érysipélateuse très-pâle. La malade n'a pas eu de frissons, mais la fièvre a un peu augmenté.

Les jours suivants, la plaque érysipélateuse s'étend en contournant le cou ; si bien qu'elle envahit le bras gauche qui se tuméfie, la nuque et les parties supérieures du bras droit. Pas de frissons. L'état moral de la malade est mauvais; elle se laisse aller, mange à contre-cœur et se plaint beaucoup.

Le 27, on remarque un peu de gonflement à la partie inférieure de la région thoracique gauche, au voisinage des lombes.

Le 28, en pressant sur l'omoplate, on fait refluer du pus par la plaie; il s'est fait une large fusée sous les muscles du dos; on en

pratique le drainage ; le pus est fétide. On incise une collection qui s'est formée à la région lombaire gauche, et le lendemain on draine ce foyer, qui remonte très-haut sous les muscles du dos.

Les plaies sont sèches, blafardes; cet état est plus marqué encore le lendemain; menaces de syncope. Mort le 30 à deux heures du matin.

L'autopsie est refusée; il est cependant permis d'affirmer que la malade a succombé à l'érysipèle très-étendu, et au phlegmon diffus du dos survenu dans les derniers jours. Sans doute, il faut accuser encore l'infection putride, bien que matin et soir des injections alcooliques, puis des injections d'eau phéniquée, aient été régulièrement pratiquées par des tubes à drainage introduits sous les lambeaux. L'hygiène, l'alimentation, ont été l'objet de la sollicitude la plus vive; mais depuis l'opération, la malade refusa presque complétement les aliments, et fut plongée dans le plus grand abattement.

Malgré les très-heureuses conditions de santé et la manière simple dont l'opération put être exécutée, l'état de l'opérée ne fut en somme jamais satisfaisant. Il paraît donc raisonnable de penser qu'un traumatisme aussi étendu, dans une région aussi riche en filets nerveux, en communication si facile avec les régions voisines, est fort à redouter, alors même que les complications primitives de l'opération, telles que l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines, ont pu être évitées, et alors que, malgré un énorme volume, une tumeur du cou peut sans imprudence être opérée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : les journaux de la semaine : *l'Art dentaire — le Montpellier médical* ;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1868, n° 10, 3e série, tome II.

M. Giraldès dépose sur le bureau le *Catalogue de l'Atlas des maladies de la peau*, publié par la nouvelle Société de Sydenham (en anglais). In-8°. Londres, 1869.

M. MARJOLIN offre, de la part des auteurs, le 1[er] fascicule du 4[e] volume de l'important *Traité de chirurgie* publié par MM. Pitha et Bilroth.

M. LOUIS THOMAS (de Tours) remercie la Société de sa récente élection au titre de membre correspondant.

Fracture de la clavicule. — **M. LABBÉ.** Depuis la dernière séance, j'ai eu l'occasion d'observer trois fractures de la clavicule. Sur l'un de ces malades, il y avait un déplacement considérable, et je n'ai pu, par aucun moyen, modifier la position des fragments à un degré suffisant pour qu'on puisse dire qu'il y avait réduction ; cependant la fracture était récente, non pas qu'elle se fût produite quelques heures auparavant, mais elle ne datait guère de plus de vingt-quatre heures.

M. CHASSAIGNAC. L'époque à laquelle on fait les tentatives de redressement doit être notée avec soin dans les observations. Quand j'ai pu intervenir de très-bonne heure, la réduction a toujours pu être faite. Après quelques jours, on peut être moins heureux. En tirant l'épaule en haut et en dehors, on rétablit l'espace compris entre les deux extrémités acromiale et sternale de la clavicule; la réduction est la conséquence naturelle de ce fait. D'ailleurs, tout le monde est d'accord sur la nécessité d'immobiliser l'épaule, et le meilleur moyen est d'appliquer un appareil qui, outre l'immobilisation, remplit l'indication de rétablir les rapports entre les extrémités osseuses déplacées.

Ovariotomie. — **M. F. GUYON** présente, de la part de M. le docteur Letenneur, de Nantes, une observation d'ovariotomie suivie de succès. L'opération a été pratiquée le 5 septembre dernier à l'hôpital de Pornic (Loire inférieure). M. Letenneur voulut bien demander mon concours pour cette opération, qui fut pratiquée avec l'aide de MM. les docteurs Trochon et Bocandé, médecins de l'hôpital de Pornic. La malade a guéri, et sa santé ne laisse actuellement rien à désirer. Ce qu'il y a surtout à noter dans ce cas, ce sont les adhérences étendues et très-solides du gros intestin dans sa position transversale et descendante gauche. Ces adhérences furent déchirées péniblement avec les doigts. L'écoulement de sang, qui aurait pu être abondant, fut successivement empêché par des pinces à pression et par des ligatures d'attente. Il fallut cependant laisser trois ligatures de soie fine, qui, coupées au ras, furent abandonnées dans le péritoine. La trompe gauche, fusionnée avec la tumeur par son pavillon, dut être

excoriée et liée avec un fil d'argent qui fut maintenu hors de la plaie avec le pédicule. Le péritoine, très-épaissi, 1 demi-centimètre au moins, ne fut pas compris dans la suture. L'observation a été publiée dans tous ses détails dans *le Journal de médecine de l'Ouest*.

DISCUSSION

Sur les tumeurs fibreuses pendant la grossesse.

M. BLOT. Avant de rentrer dans cette discussion, suspendue depuis environ six mois, permettez-moi de vous rappeler qu'à l'exemple de notre honorable collègue M. Depaul, je n'entends m'occuper que des tumeurs fibreuses qui ont pour siége l'épaisseur de la paroi utérine, et surtout de celles qui, se rapprochantde la surface péritonéale de l'organe gestateur, s'en détachent quelquefois pour former des espèces d'appendices qui lui restent attachés par des pédicules variables en longueur et en largeur.

Dans toutes les questions du genre de celle qui nous occupe en ce moment, le point essentiel est de colliger un grand nombre de faits rigoureusement observés pour en tirer ensuite les conclusions pratiques qui peuvent en découler naturellement. Je me contenterai donc aujourd'hui de vous exposer l'analyse abrégée de trois faits qu'il m'a été donné de recueillir.

Le premier remonte à 1856, à l'époque où j'étais chef de clinique de M. le professeur P. Dubois. Cette observation, avec un dessin représentant l'état des organes du bassin, a été publiée dans la thèse de concours pour l'agrégation de M. Tarnier, à qui je l'ai communiquée; elle est relative à une femme d'Argenteuil, Angélique B..., âgée de 38 ans, primipare, qui fut prise, 30 novembre 1856, au terme de sa grossesse, des douleurs de l'enfantement. Une sage-femme, appelée auprès d'elle, attend patiemment la terminaison de l'accouchement. La dilatation étant complète et la rupture des membranes s'étant opérée spontanément, la sage-femme cherche à constater la présentation et ne peut y parvenir, à cause de l'élévation de la partie fœtale. Un peu plus tard, la main du fœtus apparaît à la vulve. Un médecin est appelé, qui tente inutilement la version. Un second médecin n'est pas plus heureux. Alors on se décide à faire transporter la malade à Paris. Elle entre à l'hôpital des Cliniques le 1er décembre, à 9 heures du soir. M. Paul Dubois, appelé immédiatement, la trouve dans un état général fort grave. L'enfant est mort. Le cordon et la main font procidence à la vulve. En ce moment, le ventre est uniformément tendu, et on ne peut reconnaître

par le palper abdominal une tumeur distincte du globe utérin. Le toucher fait constater une étroitesse considérable du détroit supérieur, qu'il est d'ailleurs difficile de bien explorer à cause de son oblitération par l'épaule fœtale. La patiente ayant été plongée dans le sommeil anesthésique, M. P. Dubois et moi faisons sans succès deux tentatives de version. Le lendemain, après un bain et une saignée, nouvelles tentatives sans plus de résultat. Alors, à la prière de M. P. Dubois, M. Depaul, qui assistait à la visite, réussit à amener un pied hors de la vulve. En tirant sur ce pied, on parvient, avec de grandes difficultés, à extraire le reste du fœtus, dont la tête présente un aplatissement considérable. Au moment où la tête franchit le détroit supérieur, je remarque un ressaut très-marqué comme quand une partie rétrécie du bassin vient d'être traversée.

L'état général de la malade ne fit que s'aggraver de plus en plus, et elle succomba le surlendemain.

Voici ce que démontra l'autopsie :

L'utérus volumineux, parfaitement rétracté, offre, à la partie supérieure droite de la paroi antérieure, une tumeur fibreuse arrondie du volume d'une bille de billard, renfermée dans l'épaisseur du tissu utérin, qui est parfaitement sain.

Un autre corps fibreux, gros comme une aveline, occupe la partie moyenne de la hauteur de cette même paroi.

En trois ou quatre points de la surface péritonéale on remarque plusieurs autres petites tumeurs fibreuses de volume variable, depuis celui d'un pois à cautère jusqu'à celui d'une noix.

De plus, de la partie moyenne de la face postérieure du corps de l'utérus part une grosse tumeur pédiculée du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur remplit complétement le cul-de-sac utéro-rectal et s'élève au-dessus du détroit supérieur jusque vers le fond de l'utérus. Cette tumeur tient à la face postérieure de l'utérus par un pédicule volumineux de 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle est comme renversée dans le cul-de-sac utéro-rectal, *au fond duquel elle adhère par des tractus fibro-celluleux très-solides*. A droite, la tumeur offre une mollesse et une fluctuation qui démontrent l'existence d'un liquide à son intérieur. Sa paroi supérieure, de ce côté, est réduite à quelques millimètres d'épaisseur, toute sa surface est tapissée par le péritoine, qui se continue sur l'utérus. La partie molle incisée laisse écouler un demi-verre environ d'une bouillie grisâtre.

L'obstacle à l'accouchement, dans ce cas, a donc été causé par l'existence de ces adhérences solides qui, unissant la tumeur fibreuse à la paroi inférieure de l'excavation, l'ont empêchée de remonter dans

la cavité abdominale proprement dite dans les derniers mois de la grossesse, ce qui a réduit au tiers de sa capacité ordinaire l'excavation pelvienne.

Dans les deux autres cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la terminaison a été différente.

L'un a pour sujet Mme R..., cliente de M. Huguier, auprès de laquelle notre honorable collègue nous appela en décembre 1867, M. Pajot et moi, pour décider la conduite à tenir.

Cette dame, âgée de 30 à 35 ans, primipare, arrivée au septième mois de sa grossesse, porte environ une douzaine de tumeurs fibreuses, qu'on sent à travers les parois abdominales. L'une de ces tumeurs remplit complétement l'excavation pelvienne où elle est enclavée, sans qu'on puisse la faire mouvoir. Le col de l'utérus est aplati entre la symphise du pubis et la tumeur.

Il s'agissait de savoir ce qu'il convenait de faire, et M. Huguier nous consultait surtout sur l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré. M. Pajot et moi nous pensâmes que, dans l'état où étaient les choses, il n'y avait qu'à attendre les modifications que l'évolution naturelle de l'utérus amènerait dans cet organe et dans les tumeurs qui lui étaient appendues.

Trois semaines plus tard, réunis de nouveau en consultation avec MM. Huguier et Pajot, nous pûmes constater tous trois que, par suite du développement naturel de l'utérus et de son ascension dans la cavité abdominale, la tumeur contenue dans l'excavation pelvienne était remontée et avait dégagé cette cavité assez pour que le doigt vaginal pût atteindre et sentît nettement une petite portion de la tête fœtale. Dans ces conditions, il ne pouvait plus rester de doute sur la conduite à tenir ; on s'en tint à l'expectation.

Le 28 février 1868, à une heure du matin, le travail commence; la portion de la tête accessible au doigt a beaucoup augmenté ; le travail marche naturellement et les contractions utérines ont pour effet d'éloigner de plus en plus la tumeur de l'excavation et de la dégager. Après la rupture des membranes, la tête vient s'appliquer au détroit supérieur ; la tumeur remonte toujours, mais lentement, et comme les battements du cœur fœtal semblent perdre un peu de leur force et de leur régularité, j'applique le forceps, et sans trop de difficulté, j'extrais un enfant vivant.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois la mère et l'enfant, dont la santé ne laisse rien à désirer.

Enfin, le troisième cas s'est offert à mon observation au printemps de 1868, chez une cliente de mon confrère M. Homolle, qui a bien

voulu me remettre l'observation suivante, qui retrace très-fidèlement les principaux points de ce nouveau cas.

« Le 12 avril 1868, je suis appelé chez Mme J..., 29, rue des Saints-Pères. Cette dame, âgée de 31 ans, mariée depuis deux ans, bien menstruée et d'une bonne santé antérieure, est arrivée au quatrième mois d'une grossesse dont les commencements n'ont rien présenté d'insolite que de la constipation et de fréquents besoins d'uriner.

« Le toucher vaginal fait reconnaître que l'excavation pelvienne est entièrement occupée par une tumeur arrondie, sans bosselure, lisse, d'une consistance ferme, uniforme, non élastique, et du volume apparent d'une tête de fœtus à terme. Le doigt rencontre en arrière le cul-de-sac utéro-vaginal à trois centimètres au plus de la vulve, tandis qu'en avant ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, en déprimant la tumeur, qu'il arrive au col utérin, relevé au-dessus de l'arcade pubienne.

« La rétention d'urine étant devenue complète et déterminant des accidents, le cathétérisme ne peut être pratiqué qu'en se servant d'une sonde d'homme flexible.

« Dans la pensée d'une rétroversion utérine, des tentatives de réduction sont faites sans succès et me portent à attribuer à une tumeur fibreuse les phénomènes observés. Je demande à m'éclairer de l'expérience de notre distingué confrère M. le docteur Blot, qui avait, l'année précédente, déjà vu Mme J... à l'occasion d'une fausse couche de six semaines. (L'utérus, au dire de la malade, aurait conservé un volume considérable après l'expulsion complète du produit de la conception.)

« M. Blot, après un examen attentif et renouvelé à quatre jours d'intervalle, ne conserve aucun doute sur la nature fibreuse de la tumeur, et conseille l'expectation jusqu'au terme de la grossesse, en se bornant à combattre les symptômes qui pourraient réclamer l'intervention du médecin.

« Le cathétérisme dut être pratiqué pendant plusieurs jours. Une fièvre intense avec symptômes graves, vomissements, anorexie complète, exfoliation de la muqueuse buccale, douleurs de nature à faire craindre l'avortement, amaigrissement extrême, etc., etc., donnèrent pendant plus de vingt jours des craintes même pour l'existence de la malade. Peu à peu cependant les phénomènes perdirent de leur gravité, la miction devint possible, et la grossesse, qui avait paru très-compromise, continua son cours.

« Au mois de juin, Mme J... put être transportée à la campagne,

où le régime lacté et l'usage de l'huile de foie de morue lui rendirent un peu de force et d'embonpoint.

« De retour à Paris vers la fin d'août, elle me fit appeler, et je pus constater cette amélioration générale ; mais je trouvai les organes génito-utérins dans les mêmes conditions, et la tumeur remplissait toujours le petit bassin.

« Le 6 septembre dans la nuit, Mme J... est prise de douleurs utérines et me fait appeler. Les parties sexuelles sont lubrifiées par un liquide onctueux d'odeur amniotique, sans qu'il y ait eu d'écoulement d'eau, et le doigt introduit dans le vagin ne peut qu'à grand' peine atteindre au-dessus de l'arcade du pubis le col utérin effacé, et présentant une fente transversale linéaire plutôt qu'une véritable dilatation, sans qu'il soit possible de reconnaître la présentation fœtale.

« Les douleurs se succèdent assez régulièrement sans amener de changement appréciable. Un bain tempéré, pris le 7 au matin, repose un peu la malade sans avancer le travail, et le jour entier se passe dans ces conditions. Le soir, je constate une tendance de la tumeur à se porter à gauche et en haut par une sorte de mouvement de bascule pendant que le col s'abaisse à droite. Il ne m'est pas encore possible de reconnaître la présentation.

« Je passe la nuit auprès de la patiente, attendant l'occasion d'intervenir, et ce n'est que vers le matin que le toucher me permet de rencontrer, entre les lèvres du col, le gros orteil du pied gauche. Cependant l'évolution, observée dès la veille, continue d'abaisser à droite l'orifice du col utérin, en même temps que la tumeur exécute un mouvement ascensionnel à gauche sur la concavité du sacrum. L'introduction de deux doigts, puis de la main entière, devenue possible, permet enfin de saisir le pied et de l'amener à la vulve, où il est fixé au moyen d'un lacs ; puis, la main introduite de nouveau, amène le deuxième pied et successivement le tronc, les membres supérieurs et la tête en position occipito-antérieure droite, pendant que simultanément la tumeur continue son évolution au-dessus du détroit supérieur.

« L'extraction du placenta ne présente aucune difficulté, la perte de sang est modérée et les suites de couches sont naturelles.

« L'enfant, petit, mais bien conformé, vivait encore avant le commencement de la manœuvre obstétricale ; il a probablement succombé à la compression du cordon.

« Pendant quelques jours la tumeur utérine resta élevée au-dessus du détroit supérieur ; mais, vers la troisième semaine, elle est redescendue dans le petit bassin et gêne de nouveau la miction.

« Le repos prolongé, associé à un traitement iodé, a sensiblement amélioré cet état; la menstruation s'est rétablie sans accident, les fonctions digestives sont régulières, la marche est possible.

« Aujourd'hui, 10 février 1866, voici le résumé de l'examen :

« La région hypogastrique présente une matité arrondie occupant le côté gauche, mais un peu allongée transversalement ; le doigt introduit dans le vagin rencontre une tumeur du volume d'une orange moyenne ; le col, porté en avant, est aminci et comme effacé par la pression de la tumeur. »

La terminaison complétement heureuse du deuxième fait, partiellement heureuse du troisième, et complétement fatale pour la mère et l'enfant dans le premier, s'explique évidemment très-bien par l'existence dans ce dernier des tractus fibro-celluleux qui ont retenu invinciblement la tumeur dans l'excavation pelvienne et l'ont empêchée de remonter au-dessus du détroit supérieur. L'absence de cette complication fait, au contraire, comprendre la terminaison favorable dans les deux autres.

Quant à l'influence de la grossesse sur le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus, sans oser rien affirmer, je suis porté à croire que ces tumeurs augmentent de volume pendant la grossesse et diminuent après l'accouchement. Dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, il m'a semblé que ces tumeurs avaient diminué notablement après l'accouchement.

Si maintenant il me fallait formuler des conclusions, je dirais qu'il n'existe pas de règle générale, absolue, sur la conduite à tenir dans le cas de tumeur fibreuse de l'utérus compliquant la grossesse ; autant de cas, autant de terminaisons possibles. Il est cependant vrai de dire que, dans un bon nombre de circonstances, l'accouchement peut avoir lieu sans de très-grandes difficultés quand il n'y a pas d'adhérences entre la tumeur et les organes contenus dans l'excavation pelvienne. Lorsque ces adhérences existent et que le volume de la tumeur est assez grand pour produire un rétrécissement considérable, il devient presque toujours impossible d'amener à terme un enfant vivant. Il va sans dire que la santé et même la vie de la mère se trouvent sérieusement compromises par cette complication, d'autant plus fâcheuse que nos moyens d'exploration ne nous permettent presque jamais de la reconnaître d'avance.

A 4 heures et demie, la société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.— Le *Bulletin de thérapeutique*.— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.— La *Revue d'hydrologie médicale*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le premier numéro du *Bulletin de la Société médicale d'observation*.

2° *De l'hydrothérapie à domicile*, par le docteur P. Delmas. Broch. in-8°, 1868.

3° *Étude critique sur l'écoulement et l'infiltration de sérosité dans les fractures du crâne*. J.-J. Bonin, thèse inaug. Paris, 1869.

4° Uréthrotomie externe sans conducteur, suivie de guérison, par le docteur Letenneur, membre correspondant.

5° *Masseterotomia intrabuccale per la cura di una anchilosi del mascellare inferiore*. Broch. in-4° par le professeur Fr. Rizzoli de Bologne.

6° M. Larrey offre à la Société les *Comptes rendus de l'Académie des sciences pour l'année* 1868.

7° M. Giraldès offre, au nom de M. A. de Graefe, membre associé étranger, l'importante collection complète des *Archives d'ophthalmologie*, publiée par MM. Arlt, Donders et Graefe.

M. GIRALDÈS annonce à la Société la mort d'un de ses associés étrangers, Hogdson (de Londres), mort le 7 février 1869.

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur LETENNEUR, professeur à l'école de médecine de Nantes.

P... Joseph, âgé de 26 ans, apiculteur, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle Saint-Louis, au commencement du mois d'avril 1868, a depuis quatre ans une fistule urinaire consécutive d'une fracture du pubis, d'abord méconnue, ayant amené une rétention d'urine et des abcès.

P... revint à un état à peu près satisfaisant; cependant les fistules de la cuisse gauche persistaient et laissaient toujours passer une certaine quantité d'urine.

Le canal de l'urètre paraissait libre et on devait compter sur la guérison, lorsque, deux ans après l'accident, le jet de l'urine diminue graduellement, les fistules se multiplièrent, et enfin il ne passa plus par le canal que quelques gouttes d'urine. C'est dans cet état que le malade vient s'adresser à moi.

La face interne de la cuisse gauche est couverte d'orifices et de trajets fistuleux dans une hauteur de 20 centimètres; les fistules supérieures occupent le pli génito-crural.

Le périnée et le scrotum sont intacts et n'ont jamais été le siége d'abcès.

En pressant sur la partie libre du canal de l'urètre et jusque sous l'arcade du pubis, on ne trouve ni tumeur ni indurations anormales.

L'arcade du pubis est rétrécie et il est facile de constater les places de la fracture sur la branche horizontale et sur la branche descendante du pubis, qui est entourée d'une masse calleuse dont la dureté se confond avec celle des os.

Une sonde de moyenne grosseur, des bougies en gomme élastique et en baleine sont essayées avec une grande persévérance et ne peuvent dépasser le niveau de l'arcade pubienne.

Le malade garde facilement son urine dans la vessie, et lorsqu'il fait des efforts pour uriner, il sent l'urine couler par les fistules.

Il nous dit qu'il a quelquefois des pollutions nocturnes, que la sensation est la même qu'autrefois et que le sperme s'échappe goutte à goutte par les fistules après quelques minutes.

Ces détails nous prouvent que la vessie est intacte, ainsi que la prostate. En conséquence, je diagnostique une rupture de l'urètre à la paroi gauche de la portion membraneuse, par suite de la pression du fragment externe du pubis, qui aura glissé au moment de l'accident derrière le fragment antérieur.

Il n'y avait pas lieu de songer à un autre traitement que l'urétrotomie externe, opération qui semblait présenter de grandes difficultés.

Elle fut pratiquée le mardi 28 avril.

Le malade, soumis à l'action du chloroforme, fut placé dans la position usitée pour la taille périnéale. Un cathéter cannelé est introduit jusqu'à l'obstacle et maintenu par un aide.

Je pratique alors sur la ligne médiane une incision de 5 centimètres environ, dépassant un peu en avant l'extrémité du cathéter et s'arrêtant à un centimètre et demi au devant de l'anus.

En coupant les tissus couche par couche, je mis à découvert l'extrémité du cathéter, que nous pûmes faire saillir dans la plaie;

mais la profondeur du cul-de-sac ne permettait pas de rechercher les places du conduit urétral, qui se trouvait derrière la symphyse du pubis.

J'allai donc sans plus tarder à la recherche de la partie postérieure du canal; pour cela, j'incisai peu à peu les tissus en me guidant sur l'indicateur gauche introduit dans le rectum. Mais ces tentatives paraissaient devoir être infructueuses. Je cherchai alors à mettre à profit les fistules elles-mêmes en y introduisant une sonde cannelée; mais cet instrument se dirigeait toujours bien en dehors de l'arcade pubienne et s'engageait profondément dans un trajet fistuleux.

Je fis alors, en me dirigeant d'abord sur la sonde cannelée, une incision transversale tombant perpendiculairement sur l'incision première; mais je perdis bientôt toute trace de fistule et je divisai des tissus calleux comme cartilagineux, qui entouraient la branche descendante du pubis.

C'est pendant ces manœuvres que j'acquis la certitude que l'urine arrivait à la cuisse par le trou obturateur et non par l'arcade du pubis, et les instruments introduits au niveau de la fistule, où j'avais fait pénétrer plusieurs fois la sonde cannelée, entraient dans le bassin en rasant la face externe de la branche descendante du pubis.

Après cet examen, je recommençai mes recherches sous le côté gauche de l'arcade et j'arrivai enfin à un point plus dépressible, donnant au doigt la sensation du vide. Une sonde d'argent portée sur ce point pénétra bientôt jusque dans la vessie, ce que nous révéla un beau jet d'urine.

Mais cette sonde se dirigeait très-obliquement et le pavillon se portait du côté gauche; pour le ramener vers la ligne médiane je dus, avec le bistouri boutonné, faire une incision transversale sur le fond du cloaque. Cette incision libératrice rectifia immédiatement la position de la sonde. Nous étions donc en possession des deux parties libres du canal, et il ne restait plus qu'à les réunir en creusant une tranchée profonde dans la masse indurée qui les séparait. Cette tranchée fut creusée avec le bistouri et avec les ciseaux par petits coups, suivis chaque fois de l'exploration avec l'extrémité du doigt. Les tissus malades furent ainsi complétement incisés, et je ne m'arrêtai que lorsque le doigt me donna la sensation des tissus souples et sains.

Je remplaçai alors la sonde d'argent qui était dans la vessie par une sonde en caoutchouc vulcanisé, que je dirigeai à l'aide d'un stylet.

Je mis dans la partie antérieure du canal une sonde élastique

conique, plus volumineuse que la sonde vésicale. Le pavillon de cette dernière étant excisé, j'introduisis dans sa cavité l'extrémité conique de l'autre sonde; un fil poussé par les yeux de la sonde urétrale assujettit l'extrémité antérieure de la sonde vésicale, qui fut entraînée ainsi avec la plus grande facilité jusqu'au méat.

Elle se logeait très-naturellement dans la gouttière que j'avais creusée et sa direction était parfaitement régulière.

La sonde fut fixée avec un anneau qui ne comprimait pas la verge, et aucun pansement ne fut appliqué sur la plaie périnéale, ni sur les fistules de la cuisse; on se borna à des soins de propreté.

Le malade éprouva, pendant toute la journée et la nuit qui suivit l'opération, des nausées et un trouble singulier dans les idées; j'attribuai ces phénomènes à l'action du chloroforme. Cependant, la veille de l'opération, nous avions observé quelque chose d'analogue et nous avions pensé que les préoccupations de l'opération pouvaient en être la cause.

Le lendemain, l'état était très satisfaisant, le pouls était régulier à 65, la peau fraîche.

L'urine coulait facilement par la sonde, que je recommande de déboucher fréquemment.

Dans la soirée, il y eut des nausées, du dégoût, avec horripilations plutôt que du frisson véritable, et dès le lendemain, deux jours après l'opération, nous constatons un gonflement de la verge avec rougeur érysipélateuse qui s'étend dans l'aine gauche.

Un purgatif est administré *illico* et 60 centigrammes de sulfate de quinine sont prescrits en trois doses pour la soirée. Les parties rouges sont saupoudrées de poudre d'amidon.

Pendant toute la semaine, P... a de la fièvre, l'érysipèle envahit bientôt la cuisse, la hanche, l'aine droite, l'hypogastre. En même temps, le délire se déclare et s'accompagne d'agitation; le malade détache sa sonde et la retire. La sonde que le malade avait retirée présente quelques *incrustations*.

Une autre sonde en caoutchouc vulcanisé, comme la première, est introduite à l'aide d'un mandrin avec autant de facilité que dans un canal normal.

A la visite du 5, on nous dit que le malade a été très-agité pendant toute la nuit. Nous le trouvons assis sur son lit, pâle, l'air hébété, immobile, et n'ayant pas conscience de ce qui se passe autour de lui. La peau est sèche, le pouls misérable, l'érysipèle s'est beaucoup étendu et a pris une teinte livide.

Le 6, amélioration notable. Le pouls est à 110.

Pendant les jours suivants, alors qu'il y avait du délire et de l'agitation, il se manifesta une suppuration abondante dans tout le canal de l'urètre autour de la sonde, et la peau du prépuce se gangrena à la suite d'un paraphimosis inflammatoire.

Je retirai la sonde, je fis des injections d'eau tiède dans le canal, et je remis la sonde en place.

Le 12, je mets une sonde plus grosse que la précédente. Il ne s'écoule plus une goutte d'urine par la plaie.

L'appétit reparaît; l'érysipèle s'efface sur tous les points; la verge revient à son volume normal, mais le malade se plaint d'érections fréquentes.

Le 25, le mieux est très-marqué ; P... se lève pour aller aux latrines et demande à passer quelques heures dans un fauteuil.

A partir de ce moment, la convalescence marche rapidement. La plaie de l'opération se cicatrise régulièrement et cache entièrement la sonde dans un canal de nouvelle formation; les tumeurs formées à la cuisse par les anciens trajets fistuleux s'affaisent et les tissus reprennent leur souplesse.

Le 2 juin, j'enlève la sonde, sur laquelle il n'existe aucune incrustation (21 jours de séjour dans le canal), j'en mets une autre avec facilité; le malade sort chaque jour dans le jardin.

Le 4 juin, le malade se trouve si bien qu'il demande à retourner chez lui; mais je l'engage à attendre quelques jours encore afin d'apprendre à introduire lui-même les sondes.

J'eus bientôt lieu de regretter ce parti, car, deux jours après, il est pris de malaise, de fièvre, de subdélirium; il a enlevé sa sonde et se désespère de ne pouvoir la remettre; enfin je découvre à la cuisse gauche une large plaque érysipélateuse qui, les jours suivants, gagne la jambe et le scrotum.

Le 10, l'érysipèle et la fièvre disparaissent encore une fois.

Le 11, je renouvelle la sonde à l'aide d'un mandrin.

Le 16, une sonde nouvelle est introduite sans mandrin, avec la plus grande facilité.

Le malade demande de nouveau à retourner chez lui, ce qui lui est accordé.

Au moment du départ, il n'existait plus au périnée qu'une plaie superficielle de trois millimètres de diamètre.

P... est retourné avec bonheur à ses abeilles; il n'a plus éprouvé d'accidents; il urine facilement, mais a soin de passer deux fois par semaine une grosse bougie pour éviter un rétrécissement.

Les dernières nouvelles reçues sont du 10 décembre, c'est-à-dire huit mois après l'opération.

Anévrisme poplité. — M. LEGOUEST. Le malade dont j'ai déjà entretenu la société et que j'ai traité, sans pouvoir obtenir la guérison complète de son anévrisme poplité, par la compression digitale et par la compression au moyen d'appareils, est aujourd'hui guéri par la flexion forcée intermittente. La flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin a été pratiquée seulement deux heures par jour, une heure le matin, une heure le soir. Après quelques séances, je remarquai une diminution notable de la tumeur; le cinquième jour, on n'y sentait plus de battements et l'on n'y entendait plus de bruits de souffle. Il y a six jours de cela, et tout me porte à croire que ce malade est aujourd'hui, sinon guéri, du moins en très-bonne voie de guérison.

Fractures de la clavicule. — M. CHASSAIGNAC. Au point où la dernière discussion sur les fractures de clavicule a laissé cette question, je n'ai pas le désir de provoquer le retour de la discussion, mais je crois pouvoir demander à mes honorables collègues de me laisser formuler les conclusions suivantes, qui sont le résultat d'une expérience de vingt-cinq années dans les hôpitaux de Paris et dans ma pratique particulière :

1° Si, dans la majorité des cas de fracture de clavicule, les moyens de traitement de la pratique générale peuvent suffire à satisfaire le desideratum du chirurgien, il est des malades chez lesquels ces moyens sont tout à fait impuissants.

2° La fracture de clavicule mal réduite ou maintenue d'une manière insuffisante peut entraîner des conséquences très-fâcheuses, parmi lesquelles on peut citer les suivantes : « 1° la formation d'une pseudarthrose; 2° l'impuissance durable, quelquefois même indéfinie, du membre fracturé; des douleurs parfois intolérables; une difformité choquante et très-gênante due à un cal irrégulier et volumineux.

3° Il n'y a point de fracture de clavicule qui, dans les premières heures et même dans les premiers jours après l'accident, ne puisse être réduite par le procédé que j'ai publié (procédé de l'amplexation, décrit et figuré dans mon Traité d'opérations, t. II, p. 26 et 27).

4° Le seul obstacle sérieux à la réduction consiste, non dans l'enclavement des fragments, non dans la formation rapide d'un travail organique qui retiendrait ceux-ci dans une position vicieuse, mais

dans la résistance des muscles qui maintiennent le chevauchement.

5° Quand la fracture est tout à fait récente, le procédé de réduction que j'ai indiqué suffit toujours à rétablir le niveau des fragments. Lorsque plusieurs jours se sont écoulés, et lorsque la réduction paraît impossible par la seule action du procédé décrit, le malade, placé en décubitus horizontal, doit être endormi au chloroforme. Toute contraction musculaire ayant cessé, on fait facilement cesser l'immobilité des fragments dans leur position vicieuse, et le procédé qui venait d'être reconnu insuffisant, appliqué de nouveau pendant l'anesthésie, et le malade étant toujours dans la position horizontale, obtient le succès voulu.

6° Toute fracture de clavicule peut être maintenue, réduite par l'un ou l'autre des deux appareils suivants :

1° Celui que j'ai figuré et décrit dans mon Traité des opérations, t. II, p. 26 et 27;

2° Celui dans lequel la main du membre fracturé étant portée sur un coussinet qui recouvre l'épaule saine, y est maintenue par des circulaires et des doloires qui s'enroulent autour du thorax et qui, au lieu de passer sur la clavicule fracturée, comme dans l'appareil inamovible décrit par Velpeau (Méd. op., t. I, p. 229 et 230), ne porte que sur l'épaule saine exclusivement, laissant complétement découverte la région claviculaire du côté de la fracture.

7° Tout ce traitement est fondé sur ce principe que, quand le moignon de l'épaule fracturée est porté à son plus haut degré d'élévation et s'y trouve maintenu, aucune difformité de la fracture ne résiste aux efforts du chirurgien.

Ovariotomie. — M. LÉON LE FORT. Dans la dernière séance, M. G. Letenneur nous a envoyé une très-intéressante observation d'ovariotomie suivie de succès. Ce n'est certes pas à cause du fait de notre confrère, puisque toutes les précautions avaient été prises et que l'opération était formellement indiquée et a été justifiée par l'opération même, mais parce que la lecture du procès-verbal m'en fournit l'occasion, que je désire soumettre à la Société un point de pratique. Est-on autorisé à faire l'ovariotomie avant d'avoir fait la ponction du kyste pour assurer le diagnostic? Voici ce qui motive mon observation.

Il y a quelques jours j'avais dans mon service une malade présen-

tant tous les signes d'un kyste ovarique *multiloculaire*. La poche offrait çà et là des bosselures et des dépressions qui me faisaient croire à la multiplicité des kystes. La malade, jeune, d'une bonne santé habituelle, mais fatiguée de porter sa tumeur et ayant entendu parler de l'ovariotomie, désirait se soumettre à l'opération. Je lui déclarai que je ne la pratiquerais qu'après avoir fait la ponction préalable, et je convins avec elle qu'elle serait chloroformée, ponctionnée pendant son sommeil, et que sans attendre son réveil je ferais, s'il y avait lieu, l'ovariotomie. J'agis suivant ce que je lui avait dit, mais la ponction me montra que j'avais affaire à un kyste séreux, uniloculaire, qui put facilement être complétement évacué. Sans cette précaution que je crois indispensable, j'aurais fait courir à la malade de formidables chances de mort, et cela peut-être sans aucune utilité. En effet, si cela est rare, on peut du moins voir des kystes ovariques uniloculaires à contenu séreux guérir après une simple ponction. J'en eus, il y a quatre ans, un exemple remarquable.

Remplaçant à la Charité M. Denonvillers, j'avais dans mes lits une jeune femme portant un kyste de l'ovaire. Faisant aux élèves qui suivaient la visite quelques remarques sur le traitement de cette maladie, j'appelai leur attention sur les inconvénients des ponctions répétées, quand il s'agissait de kystes multiloculaires ou simples, mais à contenu gélatiniforme, comme pouvant amener des inflammations, des adhérences et, par conséquent, des difficultés en cas d'ovariotomie ultérieure. Le lendemain la malade, qui par parenthèse était sage-femme, réclama l'ovariotomie et refusa la ponction. A mon tour je refusai de rien tenter avant d'avoir pratiqué la ponction, d'autant plus que le kyste me paraissait uniloculaire; la malade se rendit à mes avis et bien lui en prit. Je fis la ponction et j'évacuai tout le contenu du kyste. Quatre années se sont passées; la malade est venue, il y a deux mois, me voir à l'hôpital Cochin; la guérison est complète et le kyste ne s'est nullement reproduit.

Or, dans cette sorte d'épidémie d'ovariotomie que nous traversons depuis deux ou trois ans, je crois, d'autre part que, si certaines statistiques sont améliorées par le refus du chirurgien d'opérer les cas qui ne promettent pas un succès non plus possible, mais très-probable, l'opération est parfois au contraire pratiquée dans des cas où elle pourrait ou devrait ne pas l'être, et je demande si la ponction ne doit pas toujours précéder l'ovariotomie.

La Société décide que cette question sera ultérieurement mise à l'ordre du jour.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. TARNIER. La discussion actuelle a une double origine; elle a été successivement soulevée par M. Depaul à propos d'une tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, et par M. Guéniot, qui a lu devant vous une observation très-importante d'un accouchement heureusement terminé, chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation. Je pense, pour mon compte personnel, que cette discussion ne saurait être trop approfondie, parce qu'elle élucidera, je l'espère, l'une des causes les plus graves et les moins bien connues de la dystocie. Les occasions d'étudier les empêchements que les tumeurs fibreuses apportent à l'accouchement sont rares, et jusqu'ici les observateurs mis en présence de ces faits ont été en quelque sorte pris au dépourvu et n'ont point trouvé dans la science des préceptes nettement formulés. Ce serait un honneur pour notre Société de poser les règles générales qui doivent guider les accoucheurs en pareil cas.

Les orateurs qui m'ont précédé ont traité leur sujet à différents points de vue et l'ont limité comme ils l'ont entendu. Pour moi, j'étudierai successivement l'influence des corps fibreux sur la grossesse, sur l'accouchement et sur les suites de couche, mais je ferai une plus large part aux corps fibreux qui entravent l'accouchement, parce que c'est là véritablement le point en litige.

Je n'ai pas l'intention d'étudier l'anatomie pathologique de ces tumeurs, j'aurais d'ailleurs peu de chose à ajouter à ce qui en a été dit; mais je discuterai deux points principaux de leur histoire, l'hypertrophie et le ramollissement, qui ont été niés par M. Guéniot et affirmés par M. Depaul.

M. Guéniot a mis en doute l'hypertrophie des tumeurs fibreuses sous l'influence de la grossesse; pour lui, cette hypertrophie, quoique très-vraisemblable, manque d'une rigoureuse démonstration. M. Depaul n'a pas partagé cette manière de voir, et il vous a apporté à l'appui de son opinion le résultat de son observation personnelle sur plusieurs malades. Je suis ici de l'avis de M. Depaul contre M. Guéniot, mais je n'ai pas eu l'occasion de suivre pas à pas, comme l'a fait M. Depaul, cette hypertrophie. — Un malade de la Clinique, que j'observais à ce point de vue, succomba au choléra avant qu'une opinion fût définitivement arrêtée. Je dus me contenter de recueillir et de conserver l'utérus, qui vous a été montré par M. Depaul dans une de nos séances. — Une israélite, chez laquelle je suivais attentivement le développement de tumeurs fibreuses mul-

tiples, échappa également trop tôt à mon observation sans que j'aie pu retrouver ses traces. — Mon observation a été plus complète chez une malade, de la rue de la Roquette, près de laquelle j'ai appelé M. Depaul. Cette femme portait une énorme tumeur qui remplissait plus de la moitié de l'excavation, où elle descendait jusqu'au niveau du périnée; en haut elle débordait le pubis de quatre travers de doigt environ, et s'étendait à droite jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle accoucha en 1865, mais j'ai pu l'examiner il y a quelques jours seulement, et la tumeur est tellement diminuée de volume que j'ai eu quelque peine à la retrouver. Chez cette femme, les parois abdominales sont très-flasques; elle porte en outre une hernie ombilicale volumineuse qui, lorsqu'on la refoule, permet au doigt d'entrer en quelque sorte dans la cavité abdominale. J'usai aussi de cette manœuvre, pendant qu'avec mon autre main je pratiquais le toucher vaginal, et je pus m'assurer de la sorte que l'utérus était encore notablement augmenté de volume par la présence d'une tumeur; mais, je le répète, l'état actuel ne ressemble en rien à ce que j'avais constaté pendant la grossesse. Le corps fibreux s'est donc considérablement atrophié, et cette atrophie me parut être la preuve qu'il s'était hypertrophié en même proportion pendant la grossesse. N'est-il pas, en outre, rationnel de penser que les corps fibreux, qui vivent aux dépens de l'utérus, doivent s'hypertrophier avec cet organe, qui, chez une femme non enceinte, pèse de 40 à 60 grammes, tandis qu'il pèse 1,000 ou 1,200 grammes à la fin de la grossesse? Je sais que M. Guéniot répondra que les tumeurs fibreuses s'hypertrophient alors que les femmes ne sont pas enceintes, et que leur accroissement de volume, constaté pendant la grossesse, n'est qu'une simple coïncidence, et qu'il n'y a pas là une relation de cause à effet. Je ne pousserai pas plus loin cette argumentation, parce que, si l'hypertrophie peut avoir lieu en dehors de la grossesse, il est parfois démontré qu'elle peut être considérable pendant sa durée, et ce résultat est en définitive le point capital à bien connaître au point de vue de l'accouchement.

Passons au ramollissement de ces tumeurs. Quand M. Guéniot me fit l'amitié et l'honneur de m'appeler près du malade dont il vous a lu la remarquable histoire, j'opposai aux craintes légitimes qu'il exprimait l'espérance que peut-être la tumeur se ramollirait et que l'accouchement serait moins difficile qu'il ne l'imaginait. L'accouchement se fit en effet, mais je dois dire que ce fut par un mécanisme tout autre que celui du ramollissement. M. Guéniot a trouvé là une occasion de mettre en doute le ramollissement des tumeurs fi-

breuses pendant la grossesse. Non, sans doute, le ramollissement n'envahit pas toujours les tumeurs fibreuses pendant la grossesse, mais on l'observe néanmoins dans bon nombre de cas. Ici encore M. Depaul s'est trouvé le contradicteur de M. Guéniot, et il admet que les couches les plus superficielles de ces tumeurs peuvent se ramollir en s'imbibant de liquide. J'irai plus loin que M. Depaul et je ne craindrai pas d'avancer que ce ramollissement peut être complet et poussé à un point extrême.

Ce ramollissement présente même deux formes distinctes : tantôt il consiste en une simple imbibition de la tumeur qui se ramollit en s'abreuvant de sucs ; elle devient alors molle, de dure qu'elle était auparavant; tantôt c'est au centre de la tumeur que se fait une sorte de fonte du tissu fibreux, qui est alors parsemé de cavités pleines d'une bouillie analogue par sa consistance à celle qu'on rencontre dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

Chez une malade, la dame D..., près de laquelle j'avais été appelé, ainsi que M. Depaul, par le docteur Ossian-Henri, on trouvait sur le côté de l'excavation une tumeur du col de l'utérus, du volume environ d'un œuf de poule. Cette tumeur était tellement molle qu'on pouvait hésiter sur sa nature, et, malgré sa grande expérience, M. Depaul pensa qu'il s'agissait d'un kyste; je fus au contraire d'avis qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse ramollie, probablement parce que j'étais sous l'influence de la lecture d'un fait analogue. Toujours est-il qu'après l'accouchement, la tumeur se détacha et fut expulsée. C'était bien une tumeur fibreuse, ramollie par imbibition, sans fonte de tissu. Je conserve encore cette tumeur dans un bocal comme une preuve de conviction.

Il y a quelques jours à peine, une femme m'était envoyée à la Maternité par le docteur Joseph. L'accouchement était chez elle empêché par une tumeur du volume d'une petite orange, et placée à la partie postérieure de l'excavation, où elle semblait distendre le cul-de-sac recto-utérin. Au-dessus d'elle on sentait la tête de l'enfant qui était arrêtée par cet obstacle. Cette tumeur était très-molle, sans fluctuation. Après l'accouchement, en introduisant les mains dans le vagin, je pus, grâce à la souplesse des parties maternelles, prendre cette tumeur à pleine main et constater que le ramollissement était extrême, si complet qu'on avait alors quelque peine à bien suivre le contour du corps fibreux. La malade mourut après être sortie de l'hôpital, et l'autopsie n'a pu être faite, mais je suis convaincu qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse ramollie par imbibition.

A ces deux faits je puis en ajouter huit autres que j'ai recueilli çà et là. Dans quatre cas, de MM. Huguier, Blot, Breslau, Mayer on trouve au centre des tumeurs fibreuses une ou plusieurs cavités remplies d'une bouillie ramollie. Ces cavités sont de dimension variable, quelquefois très-vastes, quelquefois multiples. — Dans quatre autres cas, de Spath, Madge, Faye, Malgaigne, la tumeur parut liquide pendant la vie, et on tenta une ou plusieurs ponctions pour évacuer le liquide; à l'autopsie on trouva des tumeurs fibreuses avec ramollissement central.

Ces faits, auxquels on pourrait sans doute en ajouter d'autres, suffisent, je pense, pour démontrer que le ramollissement des tumeurs fibreuses peut affecter les deux formes que j'ai indiquées, que ce ramollissement n'est pas une chose rare et exceptionnelle. On ne pensera pas davantage qu'il est produit par les violences exercées pendant l'accouchement, ou par une décomposition cadavérique, puisque dans bon nombre d'observations il a été observé au début du travail et pendant la vie.

Dira-t-on que ces faits ne prouvent rien parce que les tumeurs peuvent se ramollir chez des femmes qui ne sont pas enceintes? Je ne le nie pas, du moins pour ce qui a trait au ramollissement central; mais il faut que les accoucheurs sachent aussi que ce ramollissement peut se produire pendant la grossesse, parce qu'il faut en tenir compte à un certain degré dans le pronostic à porter.

Tout d'abord, je pensais que ce ramollissement pouvait avoir une importance considérable en favorisant l'aplatissement de la tumeur au profit de l'accouchement; j'étais encouragé dans cette manière de voir par ce que j'avais observé chez la malade du docteur Ossian-Henri, dont j'ai déjà parlé. M. Depaul pense, au contraire, que le ramollissement ne peut avoir qu'une médiocre utilité au point de vue de l'accouchement, et j'avoue que le dernier fait que j'ai observé à la Maternité me donne singulièrement à réfléchir. Dans ce cas, on se rappelle, en effet, que le ramollissement était très-considérable, et cependant l'accouchement fut laborieux et funeste pour la mère et pour l'enfant.

Quelle est l'influence des tumeurs fibreuses utérines sur la grossesse? Il est évident qu'elles n'empêchent pas celle-ci d'avoir lieu. Toutefois il est probable que les tumeurs fibreuses sous-muqueuses, en prédisposant aux hémorrhagies, doivent rendre l'expulsion d'un œuf fécondé plus facile. Il est certain, cependant, que beaucoup de femmes enceintes, affectées de tumeurs fibreuses de l'utérus, ne font pas de fausses couches, et il ne serait pas facile d'établir qu'elles

sont plus sujettes à l'avortement que les femmes qui n'ont pas de tumeurs semblables.

Ce que je crois, c'est que ces tumeurs peuvent avoir dans quelques cas une influence fâcheuse sur la santé des femmes enceintes. Sur 42 observations que j'ai pu réunir, j'ai trouvé 4 cas dans lesquels la santé et la vie des malades ont été sérieusement compromises. Dans une observation qui m'est personnelle, celle de la malade de la rue de la Roquette, dont j'ai déjà parlé, la santé, qui avait été excellente jusqu'au milieu de la grossesse, s'altéra rapidement à dater de cette époque. La malade ressentait d'horribles douleurs dans le ventre, était tourmentée par des envies d'uriner incessantes et très-douloureuses; elle maigrit rapidement, s'étiola, et, à 7 mois 1/2, je fus obligé de provoquer artificiellement l'accouchement, plutôt à cause de l'état de santé de la femme qu'à cause de la présence d'une tumeur fibreuse dans l'excavation. — Dans trois autres observations de Pillore, Wegscheider, Thibault et Malgaigne, les malades ressentirent également de très-vives douleurs dans le ventre, furent tourmentées par une diarrhée ou une constipation excessive, quelquefois par de la rétention d'urine. Ces faits confirment l'observation de M. Depaul sur la malade de Laon. Sans doute de pareils accidents ne sont pas fréquents; mais ils sont possibles, et ils peuvent être assez graves pour obliger les accoucheurs à provoquer l'avortement, comme l'a fait M. Depaul, ou à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, comme je m'y suis décidé moi-même.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL (de Montdidier) présente un malade auquel il a pratiqué, il y a six mois, l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de Jules Roux. Le malade marche avec la plus grande facilité, et peut faire de longues routes sans aucune fatigue anormale.

M. FORGET présente un malade portant une tumeur de la région massétérine gauche, survenue après un coup de poing reçu sur ce côté de la face. M. Forget demande, sur ce cas intéressant, l'avis de ses collègues.

M. DESPRÈS. Il y a sous le muscle masséter une bourse séreuse qui me paraît être le siége du mal; la contusion a probablement amené là un épanchement séro-sanguin. Je crois que l'abstention est la seule conduite à tenir.

M. DEMARQUAY croit, au contraire, que la tumeur est comprise dans l'épaisseur du masséter; il fait remarquer que la partie externe du

rebord supérieur de l'orbite porte une exostose. Son opinion est qu'il s'agit d'une tumeur syphilitique.

M. DESPRÈS. Cette tumeur ne me paraît pas siéger dans le muscle, mais sous le muscle; il y a fluxion inflammatoire sur la face et vers l'œil; je persiste à croire qu'il y a inflammation de la bourse muqueuse, siége de l'épanchement. Je ne trouve d'ailleurs aucune trace de syphilis dans les antécédents.

M. LIÉGEOIS croit à un épanchement sanguin, mais non dans une bourse séreuse, car il n'en existe pas à ce niveau.

M. DEMARQUAY présente une tumeur maligne de la mâchoire supérieure, qu'il a enlevéè par la résection de la partie moyenne de la mâchoire.

M. TILLAUX. L'année dernière, j'ai présenté à la Société un malade ayant subi une opération de même nature ; il portait un appareil prothétique qu'il tolérait parfaitement, et paraissait radicalement guéri. La tumeur était un enchondrome. Aujourd'hui il y a récidive.

M. VERNEUIL fournit le complément d'une observation communiquée dans une des séances précédentes : il s'agissait d'un *albuminurique affecté de phlegmon à la suite d'une saignée du bras*. Le malade ayant succombé, dans les premiers jours de février, aux suites d'un épanchement pleurétique, l'autopsie a montré les particularités suivantes :

Dans la plèvre droite, grande quantité de liquide d'un jaune verdâtre un peu louche, avec fausses membranes flottant dans la plèvre ou adhérant faiblement à la plèvre. Le tissu du poumon est sain.

Un peu d'épanchement dans le ventre ; traces de péritonite périhépatique récente. La rate et le foie ne présentent pas d'altérations notables. Les deux reins, à peu près également altérés, offrent les lésions de la maladie de Bright au troisième degré ; çà et là quelques lobes offrent des vestiges d'hyperémie.

Examen du bras. — Les ulcérations sont presque entièrement cicatrisées. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe, confondus et fusionnés, forment une gangue indurée, inextensible, au milieu de laquelle on ne reconnaît qu'à grand'peine les veines sous-cutanées.

Cependant j'ai pu m'assurer par une dissection attentive que ces veines, quoique très-contractées et devenues presque filiformes, étaient partout perméables et n'offraient à l'intérieur aucun caillot ancien ou récent. Je n'ai pu même retrouver le point où la veine a

été saignée. Il y a donc eu phlegmon diffus et non phlébite. Ceci est important à noter, car c'est toujours à l'inflammation de la veine qu'on attribue les accidents consécutifs de la saignée.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel :
LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical.* — Le compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand pour l'année 1868.

M. LARREY présente les ouvrages suivants :

Docteur Sounier, médecin principal : *Des plaies d'armes à feu par le fusil Chassepot,* broch. in-8°. — Docteur Fumagelli, de Milan : *Observation de névralgie traumatique rebelle à la névrotomie.* — Du même auteur : Remarques et extraits du Rapport de M. G. Otis sur la désarticulation coxo-fémorale. — Docteur Vercasner, médecin militaire belge: *Étude de voiture d'ambulance,* in-8° avec planches, Bruxelles, 1868.

M. DOLBEAU. M. le docteur Meilhac, d'Argentat (Corrèze), m'a prié de présenter à la Société de chirurgie une observation de tumeurs des lobules des deux oreilles. Notre confrère a pensé que son observation avait beaucoup d'analogie avec celle que j'ai eu l'honneur de vous présenter de la part de M. Magdelain, de Saint-Étienne. Dans les deux cas, il s'agit de tumeurs du lobule, développées chez des femmes après l'application des boucles d'oreilles; mais dans le cas de M. Magdelain, ce sont des fibromes qui ont été enlevés, tandis que la lecture de l'observation de M. Meilhac démontre que notre nfrère a eu affaire à une double chéloïde cicatricielle.

Ces deux faits, rapprochés l'un de l'autre, offrent beaucoup d'intérêt; mais il serait désirable de connaître ultérieurement quel sera le résultat définitif des opérations qui ont été pratiquées dans les deux cas.

Double tumeur des deux lobules de l'oreille, par M. Meilhac, d'Argentat.

Une jeune fille de 15 ans vient me trouver, en juillet 1868, pour être délivrée d'une paire de pendants d'oreille naturels survenus à chaque oreille. Elle est chétive, hâve, triste, car elle est mal nourrie et presque abandonnée par un père ivrogne. Il y a six ans, sa mère, mortellement atteinte par la phthisie, voulut lui placer elle-même aux oreilles deux boucles de métal doré. Les trous faits aux lobules s'enflammèrent, devinrent le foyer de croûtes et d'engorgements ganglionnaires. Il fallut retirer les boucles ; mais l'enfant, pour maintenir les petites ouvertures de son oreille, essayait d'y passer des aiguilles, des bouts d'allumettes.

A la fin de l'année, les trous étaient définitivement comblés par une excroissance de chair de plus en plus saillante sur les deux faces de chaque lobule.

Au commencement de la 15e année, ces excroissances grandirent et furent plus difficilement cachées sous les attaches du bonnet.

Au moment de ma visite, chacune des deux oreilles présentait une paire de tumeurs en saillie sur les deux côtés du lobule, et parfaitement symétriques.

Les tumeurs sont rondes, sans pédicule, un peu plus rouges que la peau de l'oreille, indolentes, dures. Pour chaque oreille, la tumeur que l'on voit au côté externe du lobule est grosse comme une noisette; la tumeur postérieure ou interne est plus considérable: du volume d'une noix.

La malade ne voulant pas du bistouri, il me semble que la petite rainure qui se trouve entre le contour hémisphérique des tumeurs et le plan du lobule sera suffisante pour maintenir le lien métallique d'un fort serre-nœuds. — J'applique le lien et je serre vivement en faisant tourner rapidement la vis du serre-nœuds. Quelques petits craquements m'avertirent de la nature fibreuse de la tumeur. En quatre fois, la malade est délivrée, sans trop de souffrances, de ces bizarres ornements.

Je vois alors que la tumeur externe et la tumeur interne de chaque paire avaient une base commune restée maintenant comme une rondelle fibreuse enchâssée dans la substance du lobule.

Je me propose de détruire plus tard cette rondelle par le caustique de Vienne, et de la remplacer ainsi par une cicatrice moins suspecte.

Mais cette précaution est inutile.—Quinze jours après, sans aucun pansement, la rondelle est devenue brunâtre. Elle se racornit visiblement. — Après un mois, il n'y a d'autre trace qu'une cicatrice creuse et inégale, mais aussi petite qu'on puisse le désirer, et solide, puisqu'il n'y a pas eu de récidive au moment où je vous écris.

Cette observation présente, comme celle de M. Magdelain : 1° le fait de la double symétrie de ces productions, à droite et à gauche d'abord, puis de chaque côté de chaque lobule, étant pourtant plus considérable que les excroissances externes ; 2° la solidarité de la tumeur externe et de la tumeur interne dans chaque paire ; 3° le caractère probablement très-bénin de ces fibromes.

M. FLEURY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont, adresse à la Société la letttre suivante :

« Le rapport fait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, sur le traitement des polypes naso-pharyngiens par l'ablation préalable du maxillaire supérieur, m'a encouragé à employer cettte méthode.

« Le point essentiel était d'en connaître le résultat définitif; car si, après une mutilation semblable, une récidive devait avoir lieu, il était préférable d'abandonner les malades à leur malheureux sort, que de leur faire éprouver en pure perte les douleurs d'une opération aussi laborieuse. J'ai donc cherché à retrouver ces malades, ce qui n'est pas toujours facile, pour m'assurer de leur état.

« Le hasard vient de me servir heureureusement.

« Un jeune homme qui a été opéré au mois de janvier 1864, et dont l'observation est publiée dans un numéro (1) de la *Gazette des Hôpitaux*, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité d'une blennorrhagie.

« Lorsqu'on l'examine, rien ne pourrait faire supposer qu'il a subi l'ablation partielle du maxillaire supérieur.

« La dépression de la joue est à peine sensible, et quand il parle, on observe seulement une légère rétraction de la commissure des lèvres, dépendant de la contraction des muscles zygomatiques.

« La cicatrice, qui s'étend de la boucheà l'angle interne de l'œil, est apparente, mais celle qui existe à la commissure des lèvres est à peine sensible.

---

(1) N° 81, année 1864.

« Comme l'os de la pommette a été conservé, ainsi qu'une partie de la circonférence inférieure de l'orbite, l'œil est parfaitement soutenu.

« Le nazonnement de la voix est à peine sensible, ce qui tient à l'étroitesse de l'ouverture qui existe à la partie externe de la voûte palatine. Elle est ovale, dirigée d'arrière en avant; son grand diamètre, qui est antéro-postérieur, a 3 centimètres; le petit en a 2.

« La dent incisive gauche médiane a été conservée, ainsi que la portion correspondante de l'apophyse palatine, et comme, en arrière, il existe une portion de l'os du palais, le voile a conservé sa position normale.

« Ce jeune homme, qui est aujourd'hui fort et vigoureux, se livre avec ardeur aux rudes travaux des champs.

« Pour être sûr de le retrouver, je l'avais engagé à venir me voir à l'époque où il subirait les épreuves du conseil de révision (il avait 19 ans lorsqu'il a été opéré), en lui promettant un certificat qui servirait à le faire exempter du service militaire. Comme son numéro avait été très-élevé, il lui avait paru inutile; je ne l'avais donc plus revu.

« C'est une circonstance toute fortuite qui m'a permis de le retrouver. Je me suis empressé de vous rendre compte de son état. »

Prix Laborie.

La Société a reçu ampliation du décret qui la met en possession du don de 20,000 fr. fait par Mme veuve Laborie, pour la fondation d'un prix annuel de 1,200 fr.

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance de janvier.

La question proposée pour 1870 a trait à l'histoire clinique de l'amputation malléolaire. Elle sera formulée dans une des prochaines séances.

Les manuscrits, écrits en français et en latin, devront être remis avant le 15 novembre 1869, et adressés à M. Trélat, secrétaire général de la Société.

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. TARNIER. Dans notre dernière séance, j'ai dit ce que je pensais des tumeurs fibreuses pendant la grossesse; aujourd'hui j'aborde un sujet plus important, celui de leur influence sur l'accouchement.

Les fibromes, on le sait, ont été classés en sous-péritonéaux, interstitiels et sous-muqueux. M. Depaul, qui sans doute avait de bonnes

raisons pour cela, a limité son étude aux tumeurs sous-péritonéales; mais je crois qu'il est utile d'agrandir le débat, et d'étudier les trois espèces de tumeurs, parce qu'elles peuvent mettre toutes trois obstacle à l'accouchement.

J'ai d'ailleurs besoin de mieux préciser le cadre dans lequel je veux resserrer mon argumentation.

Pour qu'un fibrome utérin puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation, ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut, de plus, qu'il ait un certain volume, que j'estime très-arbitrairement, je l'avoue, à celui d'un œuf de poule.

Sans doute les tumeurs fibreuses de la partie moyenne du corps de l'utérus ou de son fond peuvent modifier la marche du travail; mais je ne veux étudier ici que les tumeurs qui s'opposent mécaniquement à l'engagement de la tête et à son expulsion. A l'exemple de M. Depaul, je crois également utile de laisser de côté ce qui a trait aux polypes, ou fibromes sous-muqueux pédiculés, parce que, par leur disposition particulière, ils donnent lieu à des indications qui leur sont propres.

Ici je n'aurai donc en vue que les fibromes utérins ayant au moins le volume d'un œuf de poule, en rapport avec l'excavation ou le détroit supérieur, qu'ils soient d'ailleurs sous-péritonéaux, interstitiels ou sous-muqueux.

Les fibromes sous-péritonéaux peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans ce dernier cas, quelle que soit la hauteur de leur siége, ils peuvent, grâce à la longueur de leur pédicule, descendre plus ou moins bas dans l'excavation pelvienne, surtout dans le cul-de-sac rétro-utérin. Quelquefois ils remplissent, distendent ce cul-de-sac, et contractent en ce point des adhérences qui empêchent leur rétropulsion. Ils deviennent alors un sérieux obstacle à l'accouchement. Tel était la disposition du fibrome dans le cas observé par M. Blot, qui a bien voulu me le communiquer pour l'insérer dans une thèse de concours pour l'agrégation. Je citerai encore, au milieu d'autres faits, celui du docteur Breslau, qui me paraît curieux à signaler, parce qu'il s'agit de deux tumeurs fibreuses pédiculées qui descendent toutes deux dans le cul-de-sac postérieur en entre-croisant leurs pédicules, de telle sorte que la tumeur de gauche était venue se placer à droite, et réciproquement.

Quelle que soit la catégorie à laquelle elles appartiennent, ces tumeurs peuvent devenir la cause d'une erreur de diagnostic. Tous les auteurs citent des faits où le fibrome a été confondu avec une

partie fœtale, le plus souvent avec la tête. Quelquefois même, une simple dépression du tissu morbide a pu en imposer pour une fontanelle. Weyscheider dit qu'on aurait pu croire, dans le cas qu'il relate, à une présentation du sommet avec une bosse séro-sanguine. J'ai moi-même été le témoin d'une erreur analogue.

Pendant que j'étais chef de clinique de M. Dubois, un médecin de la ville vint me prier de l'accompagner rue de Reuilly, près d'une de ses clientes, qui, depuis trois jours, était en travail. L'enfant, disait-il, se présentait par le sommet, mais il lui avait semblé qu'en un point la tête avait contracté des adhérences avec le col. Ce simple renseignement suffit pour me faire penser qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, car leur adhérence avec le col est un de leurs signes distinctifs. Quand nous arrivâmes, l'accouchement était terminé, l'enfant était né spontanément, vivant, et s'était présenté, non par le sommet, mais par les pieds. En examinant la malade, je trouvai le ventre si volumineux et l'utérus si descendu, que je pensai à une grossesse génillaire. En pratiquant le toucher, je pus m'assurer qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur fibreuse énorme, du volume de la tête, située à gauche et en avant, et descendant dans l'excavation, qu'elle obstruait presque complétement. On se demandait comment, avec une tumeur aussi volumineuse, située aussi bas, l'accouchement avait pu s'effectuer, car c'est là une observation en tous points comparable à celles qui ont été rapportées par M. Depaul et Guéniot.

Ailleurs, une tumeur fibreuse ramollie a été prise pour un placenta inséré sur l'orifice ; mais la facilité avec laquelle se détacha le tissu placentaire et l'hémorragie qui survint ne laissèrent pas longtemps dans le doute.

Récemment, j'ai été mis dans l'embarras d'une toute autre façon : Une femme étant en travail depuis plusieurs jours, la sage-femme qui l'assistait fit demander le docteur Barrier, qui m'appela à son tour. Je trouvai la tête hors de la vulve, tellement ramollie, que les os du crâne étaient disjoints et libres dans le cuir chevelu ; le cou était fort allongé. En pratiquant le toucher, je trouvai l'orifice utérin très-en arrière et fortement resserré sur le cou de l'enfant. Toute la moitié antérieure de l'excavation était occupée par une partie dure, tendue, qui me fit penser à une tumeur fibreuse. Je parvins à dégager les bras l'un après l'autre et à extraire le tronc. En introduisant alors la main dans l'utérus, je pus m'assurer que cet organe ne contenait pas de tumeur fibreuse. L'obstacle était uniquement dû à une rétraction tétanique de la cavité antérieure du segment inférieur de l'utérus.

En admettant que la tumeur soit reconnue, le diagnostic est encore loin d'être complet. La tumeur est-elle solide? est-elle liquide? On a vu, par ce que j'ai dit précédemment, que souvent des tumeurs fibreuses ramollies avaient été prises pour des kystes, et ponctionnées.

Comment distinguer un fibrome utérin d'une tumeur fibreuse née au milieu des parties molles de l'excavation? J'avoue que le problème doit être souvent fort embarrassant, à moins que la tumeur ne soit insérée très-bas et séparée de l'utérus. M. Depaul doit se rappeler que, dans le cas de la rue de la Roquette, nous avons hésité entre un fibrome utérin et un enchondrome, et ce n'est qu'après l'accouchement que le diagnostic fut définitivement arrêté. Je serai heureux de connaître ce que l'expérience a appris à nos collègues sur ce sujet.

Les fibromes utérins eux-mêmes présentent entre eux des variétés qu'il serait bon de connaître. Comment savoir si la tumeur fibreuse est interstitielle ou sous-péritonéale, et, dans ce dernier cas, si elle est sessile ou pédiculée, libre ou adhérente? On peut sans doute avoir des présomptions, chercher, par le palper, si la tumeur est superficielle ou profonde, immobile ou mobile, faire la même recherche par le toucher; mais il nous paraît difficile d'arriver sûrement à un diagnostic précis, et je souhaite que cette discussion m'éclaire sur ce point délicat de la pratique obstétricale.

M. Guéniot, en étudiant l'influence des tumeurs fibreuses du segment inférieur de l'utérus sur la marche de l'accouchement, vous a déjà fait remarquer qu'elles rendent les présentations du siége un peu plus fréquentes que dans les cas ordinaires. J'irai plus loin, et je suis en mesure de prouver que la présentation du siége est alors très-fréquente. Ainsi, sur 22 cas que j'ai pu compulser à ce point de vue, je n'ai trouvé que 13 présentations du sommet et 9 présentations de l'extrémité pelvienne. Or, toutes les statistiques montrent que la proportion de la présentation de l'extrémité pelvienne, relativement à celle du sommet, n'est pas même de 1 sur 22. Il y a donc là une influence bien manifeste, qui prouve une fois de plus que la forme de la cavité utérine a une influence considérable sur la nature des présentations.

Quant au pronostic, je le baserai sur le dépouillement de 42 observations : quelques-unes me sont personnelles; d'autres ont été déjà citées pendant le cours de cette discussion par MM. Guéniot, Depaul, Blot; j'en ai trouvé un certain nombre dans nos recueils scientifiques; enfin le docteur Gauhal (Théodore) a bien voulu traduire pour

moi et me donner de nombreux extraits d'un mémoire publié par notre regretté collègue, le docteur Breslau, de Zurich. Je tiens à remercier ici le docteur Gauhal des matériaux qu'il a mis ainsi à ma disposition. — Je sais que je suis loin d'avoir une liste complète des faits publiés, puisque MM. Guéniot et Depaul en ont cité un certain nombre que je n'ai pas pu ou que je n'ai pas eu le temps de retrouver. Avec des recherches plus étendues, on parviendrait peut-être à réunir, non sans peine, une centaine d'observations; mais celles que je possède me suffisent, je l'espère, pour établir le pronostic et le traitement sur des bases utiles.

Examinons donc comment l'accouchement s'est terminé dans ces 42 cas :

8 fois l'accouchement a eu lieu spontanément, et cependant il s'agissait de tumeurs volumineuses, remplissant en partie l'excavation pelvienne, pour lesquels on avait souvent pensé que l'opération césarienne serait indispensable. Dans ces 8 cas, 6 femmes ont guéri, 1 est morte; le sort de la dernière n'est pas indiqué. Pour les enfants, 3 sont nés vivants, 3 sont nés morts ; on ne connaît pas le sort des deux autres...

On peut conclure de ces chiffres que, lorsque l'accouchement se termine spontanément, le résultat est très-favorable pour la mère, un peu moins pour l'enfant.

6 fois la dilatation de l'orifice s'étant faite, il a fallu terminer l'accouchement par une application de forceps. 2 femmes ont guéri, 4 sont mortes ; 2 enfants sont nés vivants, 4 sont nés morts.

Les deux cas heureux l'ont été et pour la mère et pour l'enfant ; ils ont été observés par MM. Blot et Guéniot, qui ont vu l'un et l'autre la tumeur fibreuse s'éloigner spontanément du bassin, de sorte qu'ils n'ont eu qu'une applicatiou très-simple de forceps à pratiquer. Mais quand la tumeur est invinciblement fixée dans l'excavation, l'opération devient terriblement dangereuse, sans doute par suite de la contusion de la tumeur au moment de l'extraction. J'ai pu malheureusement constater cette gravité pour une malade de la Maternité.

6 fois on a eu recours à la version. 2 femmes ont guéri, 3 sont mortes; le sort de la sixième est resté incertain ; je n'ai pas pu trouver la preuve de sa guérison, qui cependant est probable. 3 enfants sont nés vivants, 3 sont morts.

Sans aller plus loin, si je compare les résultats de la version et du forceps, je vois que l'avantage est du côté de la version. Je suis le premier à dire, il est vrai, qu'une pareille statistique est insuffisante,

parce qu'elle repose sur un trop petit nombre de faits; mais j'y reviendrai un peu plus loin.

Une fois on a provoqué l'accouchement prématuré à 7 mois 1/2 de grossesse; la femme a guéri, l'enfant a succombé.

Une fois on a pratiqué l'embryogénie, et la mère a également succombé.

Une fois on a pu opérer l'énucléation de la tumeur. Femme et enfant ont succombé. Cette opération, unique, je crois, dans la science, très-hardiment conçue et très-habilement exécutée par M. Danyau, a été communiquée par lui à l'Académie de médecine.

J'ai trouvé, il est vrai, trois autres faits d'énucléation de tumeurs fibreuses pendant l'accouchement, parmi lesquelles on compte un succès; mais il s'agissait de tumeurs, non de l'utérus, mais des parties molles de l'excavation, et j'ai dû écarter ces résultats comme étrangers à mon sujet.

14 fois on a pratiqué l'opération césarienne. 2 femmes ont guéri. L'une fut opérée par Duclos, l'autre par Mayor, de Genève. 12 femmes ont succombé. 9 enfants sont nés vivants; 2 ont succombé. Le sort des 3 autres n'est pas indiqué.

Ainsi, l'opération césarienne, favorable pour les enfants, est excessivement meurtrière pour les femmes, comme on pouvait le prévoir.

5 femmes ont, enfin, succombé avant d'être accouchées.

En résumé, si l'on groupe tous ces chiffres, on trouve que le pronostic est fort grave pour les mères, puisque, sur 40 observations dont les résultats sont connus, 13 femmes seulement ont guéri, et 27 ont succombé, ce qui fait à peu près 1 cas de guérison sur 3. C'est là une triste réalité, bien propre à modérer l'enthousiasme dans lequel on est disposé à tomber quand on a eu le bonheur d'observer ces cas heureux. Quant aux enfants, sur 37 résultats connus, on trouve 17 enfants vivants et 20 morts. Pour eux, les chances sont donc moins défavorables que pour les mères, bien que plus de la moitié aient succombé pendant l'accouchement; mais, dans cette proportion, il faut faire remarquer que, sur les 17 enfants nés vivants, 9 ont dû leur salut à l'opération césarienne, qui laissait, au contraire, peu d'espoir de sauver les mères.

Dans les 42 cas cités, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre dans lequel les femmes sont accouchées avant terme. On comprend que c'est là un élément important dans le pronostic, qui peut être aggravé quand le volume de l'enfant est considérable, et amoindri quand il descend au-dessous de la moyenne.

Le pronostic est encore d'autant plus grave, que la tumeur utérine

est plus volumineuse et plus profondément enclavée dans l'excavation pelvienne; quand elle siége au niveau de la partie supérieure de l'excavation, le pronostic est moins défavorable, parce que la tumeur se déplace plus facilement. On a vu, toutefois, des tumeurs, situées profondément, se déplacer pendant la grossesse et pendant l'accouchement; plusieurs exemples ont été cités dans cette discussion. Ce déplacement est surtout à espérer quand la tumeur est placée en avant ou sur les parties latérales de l'excavation, où elle est largement attachée au col de l'utérus, parce qu'au moment où se fait la dilatation de l'orifice, le fibrome pourra être refoulé au-dessus du détroit supérieur; mais quand les tumeurs occupent la partie postérieure de l'excavation, et descendent dans la concavité du sacrum, elles sont retenues en place par la saillie de l'angle sacro-vertébral et deviennent très-difficiles à mettre en mouvement et à rétropulser. Le déplacement est impossible dans le cas de corps fibreux sous-péritonéaux, ayant contracté des adhérences dans le fond du cul-de-sac recto-utérin, à moins que ces adhérences ne soient bien lâches, comme j'en ai vu un cas relaté.

Enfin, il y a une distinction essentielle à établir entre les fibromes recto-péritonéaux, suivant qu'ils sont sessiles ou pédiculés; les premiers se déplacent plus facilement, à mesure que le col se dilatera et que la partie fœtale s'engagera; mais le travail d'accouchement aura peu d'influence sur les tumeurs pédiculées, qui, s'insérant loin du col, ne suivent pas le mouvement imprimé par la dilatation de l'orifice.

Le mécanisme à l'aide duquel les tumeurs se déplacent et dégagent l'excavation pelvienne, a été très-bien décrit par M. Guéniot; je suis heureux d'être d'accord avec lui sur le point que j'avais compris comme lui et exposé en partie le jour où nous nous trouvions réunis, avec MM. Nélaton et Lorain, près de la malade de M. Depaul. Les fibres verticales de l'utérus, en se contractant, tirent sur les fibres horizontales du col et agissent en même temps sur la tumeur, qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que la tumeur se déplace avec le col, pendant que celui-ci se dilate. A cette cause principale, M. Depaul ajoute l'influence de la rupture de la poche des eaux; sans doute M. Depaul n'a pas complété sa pensée, car cette rupture ne peut avoir d'effet qu'en permettant à la partie fœtale qui se présente de s'engager plus profondément et de repousser de côté la tumeur en dilatant l'orifice. C'est le mécanisme du coin qui écarte les fibres du tronc d'arbre dans lequel on l'enfonce. Je sais que M. Depaul n'aime pas cette comparaison, mais je la crois juste, et c'est pour cela que je l'ai rappelée.

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas d'accouchements compliqués de tumeur utérine?

La statistique que j'ai dressée démontre que, 8 fois sur 42 cas, l'accouchement a pu se faire spontanément, contre toute vraisemblance et être suivi de résultats très-favorables pour la mère, favorables aussi, quoique à un degré moindre, pour l'enfant. Il en résulte que l'on peut, que l'on doit naturellement attendre, dans les cas où la tumeur obstrue la moitié ou même les trois quarts de l'excavation, les modifications que les progrès naturels de la grossesse et les changements subits par l'orifice pendant l'accouchement peuvent apporter dans la consistance et la situation de la tumeur. Mais on doit mettre un terme à cette expectation, si elle se prolongeait assez pour menacer le bon état de santé de la mère et de l'enfant.

Immédiatement après l'expectation, je place les tentatives de réduction. Si la tumeur ne se déplace pas, on devra tenter de la redresser et de la repousser au-dessus du détroit supérieur, en introduisant la main tout entière dans le vagin. C'est là une manœuvre importante, qui ne fait courir aucun risque quand elle est faite avec ménagement; mieux vaut faire des efforts modérés, mais soutenus pendant un certain temps, qu'agir avec trop de force et de précipitation. J'ai trouvé 7 cas dans lesquels ces tentatives ont été essayées. Deux fois elles ont échoué entre les mains du docteur Breslau et entre les miennes, mais cinq autres fois elles ont été couronnées de succès. Une fois la réduction fut incomplète, et on fut obligé d'appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Quatre fois la réduction fut complète, et on termina l'accouchement par la version ou l'extraction par les pieds, quand l'enfant se présentait spontanément à l'extrémité pelvienne. C'est là une excellente manœuvre, à laquelle il faut toujours songer avant d'entreprendre une opération plus grave, et je m'étonne que MM. Depaul et Guéniot, qui l'ont conseillée ailleurs et essayée eux-mêmes, l'aient ici passée sous silence.

L'application du forceps n'a pas donné jusqu'ici de brillants résultats. Les accidents graves dont elle est suivie sont dus aux phénomènes inflammatoires qui résultent vraisemblablement de la contusion et de l'attrition de la tumeur par la pression de l'instrument. Cependant elle constitue cette manœuvre rationnelle, qu'il faut conseiller dans une certaine mesure. Je l'ai moi-même employée chez une malade de la Maternité, avec quelques modifications dans le manuel opératoire, que je ne peux pas passer sous silence, dans l'intérêt de la vérité.

Depuis quelque temps j'ai expérimenté à la Maternité la traction

continue, et terminé ainsi plusieurs accouchements. Pour cela, je me sers de moufles munies d'un dynamomètre et reliées au forceps ordinaire; je laisse aux cordes une longueur de 2 mètres environ avant de les fixer à un point d'appui. Cette longueur est nécessaire pour donner beaucoup de souplesse à l'appareil, et me permet de diriger mes tractions dans toutes les directions possibles, en haut, en avant, en bas et en arrière, à droite et à gauche, de faire varier cette direction à ma volonté, comme dans une application du forceps faite avec les mains seules. J'échappe ainsi à l'un des principaux reproches adressés aux appareils à traction continue employés jusqu'ici, celui d'exercer la traction dans une direction iuvariable. Les moufles me permettent encore de continuer la traction aussi longtemps qu'il est nécessaire, sans interruption si je le veux, avec autant de repos que je le désire; le dynamomètre sert à réglementer l'emploi de la force. Pour l'observation dont je parle actuellement, je crus devoir employer les moufles, qui m'avaient donné précédemment des résultats encourageants. Les tractions furent continuées pendant 15 minutes, et portées à 20 et 25 kilogrammes, sans jamais dépasser ce chiffre. La tumeur s'abaissa au-dessous de la tête, qui la poussa devant elle : elle s'approcha du bord antérieur du périnée. A ce moment, j'opérais avec une lenteur extrême, de crainte d'une déchirure; la tête glissa enfin au-devant de la tumeur, et l'accouchement fut terminé. L'enfant avait succombé pendant ces tentatives, et la mère mourut après être sortie de l'hôpital dans un état grave.

Pour le moment, je ne juge ni en bien ni en mal la méthode que j'ai employée, je n'y fais allusion que d'une manière incidente; je prie même mes collègues de ne point argumenter aujourd'hui sur ce point, ils prendront leur revanche quand je publierai au complet les observations que j'ai déjà recueillies.

Quelle qu'ait été la méthode employée dans l'application du forceps, les résultats n'ont pas été heureux dans les cas de dystocie qui nous occupent; on peut donc se demander si la version ne serait pas plus avantageuse.

Le jour où M. Depaul avait réuni MM. Nélaton, Lorain, Guéniot et moi, je crus devoir dire que si, pendant le travail, le sommet, en admettant que l'enfant se présentât par cette partie, ne s'engageait pas, je conseillais la version. MM. Depaul et Guéniot se récrièrent aussitôt, et condamnèrent ma proposition fort et ferme, et M. Depaul n'a pas changé d'opinion, puisqu'en parlant de ma proposition devant vous, il l'a repoussée avec énergie, en ajoutant qu'une pareille

conduite serait une faute grave. Me voici donc accusé devant tout le corps médical d'avoir commis, au moins par la pensée, une faute grave en conseillant la version. Cependant, l'enfant, au lieu de se présenter par le sommet, se présenta par les pieds, et M. Depaul en fit l'extraction, très-habilement j'en suis certain, mais en fit l'extraction comme s'il avait fait la version, et mère et enfant sont aujourd'hui en parfaite santé.

J'ai déjà dit que la statistique des cas de version n'avait pas donné de trop mauvais résultats; cette statistique est très-restreinte, il est vrai, mais nous pouvons l'augmenter un peu en y ajoutant les cas où l'enfant s'est présenté spontanément par l'extrémité pelvienne; M. Depaul m'accordera, en effet, que le danger de la version, à moins de conditions spéciales, réside non dans le changement de présentation effectué avec la main, mais dans les difficultés de l'extraction, parce qu'on peut être arrêté par le volume de la tête, si la tumeur se place au-dessous d'elle. Que l'on fasse la version ou que l'on tire sur les pieds, quand ils se présentent, on se trouve à peu près dans les mêmes conditions, au point de vue de l'extraction, bien entendu. Or, si aux 6 cas de version déjà mentionnés, nous ajoutons les 4 cas d'extraction simple par les pieds, de MM. Depaul et Homolle, ainsi que mes deux faits des rues de la Roquette et de Reuilly, nous arrivons à un total de 10 accouchements dans lesquels on trouve 6 femmes assurément, et probablement 7 femmes guéries, contre 3 morts seulement; pour les enfants, 4 vivants, 1 moribond, 5 mort-nés. Je défie les adversaires de la version de trouver une autre opération aussi utile, non-seulement pour les femmes, mais encore pour les enfants, qui sont moins bien partagés.

Je pense que la version est plus utile qu'on ne pense, parce qu'en introduisant la main dans l'utérus, on prépare sciemment, ou sans le savoir, la réduction de la tumeur utérine, et nous savons que cette manœuvre constituerait à elle seule une opération fort avantageuse. C'est peut-être pour ne pas avoir envisagé la version à ce point de vue, que M. Depaul s'en est déclaré l'adversaire acharné. Une fois la réduction commencée par l'introduction de la main, elle continue, grâce à la dilatation progressive du col, par le passage des parties fœtales de plus en plus volumineuses, qui écartent de plus en plus la tumeur du centre de l'excavation, et la rejettent de côté ou en haut. Le dégagement s'achève enfin avec le passage de la tête, dont la voie a été préparée. Quand, au contraire, le fœtus se présente par le sommet sur le détroit supérieur, avec autant de tendance à descendre

dans l'excavation qu'à remonter dans le grand bassin, la tête, en venant heurter contre elle par une large surface, la poussera en bas, et si elle n'est pas maintenue par les fibres utérines, elle plongera dans l'excavation. Dans cette argumentation, je reproduis donc encore, malgré moi, l'histoire du coin qu'on enfonce facilement par le petit bout, et qui résiste si on le retourne sur son gros bout. M. Depaul ne croit pas que le fœtus puisse agir comme un coin; je suis de son avis, quand l'enfant doit traverser un cercle inextensible comme l'est un bassin rétréci par le rachitisme, parce qu'ici l'enfant ne peut élargir les détroits au travers desquels il doit passer, et je ne suis pas disposé à suivre l'exemple de Simpson, dans le cas d'angustie osseuse. Les conditions créées par la présence d'une tumeur fibreuse de l'excavation sont tout autres, parce que le fibrome se déplace, la voie parcourue par le fœtus s'élargit progressivement, au lieu de rester inextensible, et il n'est pas indifférent que le coin fœtal s'engage par la petite ou la grosse extrémité !

Dans les cas de dystocie que nous discutons, la version me paraît donc une excellente opération, dont l'emploi est justifié à la fois théoriquement et cliniquement. Je ne veux pas qu'on la substitue au forceps ; mais quand la tête du fœtus reste élevée, je crois qu'il faut la tenter résolûment, sans s'acharner à mener à bout, coûte que coûte, une application du forceps. Je n'ai jamais prétendu autre chose, ni voulu faire le procès du forceps en certains cas où son indication est formelle.

Je sais bien qu'en faisant la version on peut être arrêté au moment où la tête arrive au niveau du point obstrué, et si l'arrêt est complet, on se trouve dans une position fort embarrassante pour terminer l'accouchement, même en sacrifiant l'enfant par embryotomie. Je ne nie pas la gravité d'une pareille situation, mais je la préfère certainement à l'opération césarienne.

Quand on échoue avec le forceps et la version, l'embryotomie est parfaitement indiquée. Cette opération doit donner, il me semble, d'excellents résultats ; on doit donc s'étonner qu'elle ait été si rarement employée dans le rétrécissement par abstraction, quand on y a si souvent recours dans les vices de conformation des os du bassin. Cette rareté tient sans doute à ce que, dans le cas de tumeurs fibreuses, on prolonge outre mesure les efforts d'extraction avec le forceps, ou qu'on se décide trop vite à faire l'opération césarienne.

Viennent ensuite les opérations sanglantes pratiquées sur la mère : énucléation, opération césarienne.

L'énucléation séduirait, si l'on n'était pas arrêté par les difficultés

et les dangers probables de l'opération. Comment savoir, d'une manière certaine, si la tumeur qu'on veut enlever est sous-muqueuse, interstitielle ou sous-péritonéale ? Comment prévoir quelles seront ses adhérences au tissu utérin? Comment ne pas craindre une hémorrhagie grave, lorsqu'on sait quel développement prennent les veines de tout le bassin pendant la grossesse? Toutes ces conditions n'ont pas arrêté M. Danyau, qui a pu mener à bonne fin son opération, qui est unique, je crois, dans la science. Que ceux qui se sentiront le courage de M. Danyau suivent donc son exemple. Pour nous, nous pensons qu'une pareille entreprise doit être très-exceptionnelle.

De toutes les opérations, c'est la section césarienne qui a été la plus tentée. Sur 14 cas que j'ai pu réunir, j'ai trouvé, ai-je dit, 12 morts et 2 sauvés seulement. Ces chiffres ont leur éloquence; ils nous montrent que l'opération césarienne est horriblement dangereuse pour les femmes, plus dangereuse même ici que dans les cas ordinaires, parce que la présence d'une ou plusieurs tumeurs fibreuses, complique l'opération et en aggrave le pronostic. La tenter, c'est presque sacrifier à coup sûr la mère dans l'intérêt de l'enfant. Malgré une telle compensation, je ne veux pas fermer les yeux sur l'avenir réservé à la mère, et bien que la question de l'opération césarienne en général soit résolue d'une manière différente par les accoucheurs de notre époque, je ne me déciderai à l'entreprendre que s'il m'était démontré que l'accouchement est absolument impossible par les voies naturelles.

Il me reste à parler de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement provoqué. Dans nos statistiques, je n'ai rencontré qu'un cas d'accouchement prématuré artificiel provoqué par moi : la mère a guéri, l'enfant a succombé pendant l'extraction. La science est donc loin d'être faite sur ce point. D'une manière générale, on peut dire que l'accouchement prématuré est une opération admirable; mais ici on peut se demander si, en provoquant l'accouchement, on ne se prive pas des bénéfices qui résultent des modifications subies par le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse.

M. Blot vous a cité une observation de tumeur fibreuse descendue dans l'excavation, qui, pendant le cours du neuvième mois, s'en éloigna pour remonter enfin au-dessus du détroit supérieur. L'accouchement aurait-il été aussi heureux s'il eût été provoqué prématurément? Je suis tenté de répondre par l'affirmative, parce que les contractions qui surviennent au début de l'accouchement provoqué ont pour effet d'amincir le segment artificiel de l'utérus, d'effacer le col et de dilater l'orifice, et ces trois phénomènes, quoique préma-

turés, doivent néanmoins déplacer les tumeurs fibreuses aussi sûrement que s'ils se produisaient spontanément. Mais ce sont là des considérations qui pourraient être démenties par les faits; il est donc sage d'attendre qu'ils aient été recueillis pour se prononcer. J'ajouterai cependant un argument en faveur de l'accouchement prématuré. Imaginons, et c'est là une hypothèse qui se révèle souvent, une tumeur fibreuse de médiocre volume, qui ne se déplacerait ni pendant le neuvième mois ni pendant le travail. Le volume de l'enfant aggraverait ici le pronostic, et on aurait un grand avantage à provoquer l'accouchement prématuré.

Quant à l'avortement provoqué, je me bornerai à dire qu'on doit le réserver pour le cas où des accidents graves menacent la vie de la mère, ainsi que M. Depaul vous en a cité un exemple.

J'arrive maintenant, messieurs, à la troisième partie de mon exposé, celle qui est relative à la présence de tumeurs fibreuses utérines chez une nouvelle accouchée. Je serai aussi bref que possible, pour ne pas abuser de votre patience.

Après l'accouchement, les tumeurs fibreuses peuvent causer une erreur de diagnostic, en faisant croire à l'existence d'un second enfant. J'ai déja dit que j'étais tombé pendant quelques instants dans cette erreur chez une malade de la rue de Reuilly. Une autre fois, j'ai été appelé à la Villette, par une sage-femme, pour un fait analogue. L'utérus restait, après l'accouchement, aussi volumineux qu'à la fin d'une grossesse normale. Par le palper, on sentait des parties qui ressemblaient beaucoup aux parties fœtales. Je ne pus obtenir un diagnostic vrai qu'après avoir palpé et pratiqué le toucher avec le plus grand soin. Je n'insiste pas plus longtemps sur ces faits, qui sont bien connus.

Quel que soit le siége des tumeurs fibreuses, qu'elles soient en rapport avec le col, le corps ou le fond, elles exposent les femmes à une hémorrhagie grave pendant ou après la délivrance. Les observations où un pareil accident est relaté sont très-nombreuses; il s'explique d'ailleurs facilement par la gêne que le fibrome doit apporter à la rétraction des fibres utérines, et, sous ce rapport, les fibromes sous-postérieurs pédiculés sont, on le comprend, moins graves que les tumeurs sessiles sous-péritonéales, et surtout que les tumeurs interstitielles et sous-muqueuses. Le danger devient plus grand encore si le placenta s'insère au niveau du point occupé par le fibrome. J'ai présenté à la Société anatomique l'utérus d'une femme morte à la suite d'une hémorrhagie causée par une implantation vicieuse du placenta sur le col; la perte avait continué après la délivrance. A

l'autopsie, je trouve un corps fibreux, de médiocre volume, dans le col de l'utérus, au niveau même de l'insertion du placenta. C'était là la cause de la persistance de l'hémorragie après la délivrance, et je pus m'assurer trop tard qu'on aurait peut-être pu y porter remède en enlevant la tumeur, qui s'énucléa avec une très-grande facilité.

Les tumeurs fibreuses exercent généralement une fâcheuse influence sur les suites de couches; elles prédisposent aux inflammations, à la crébrite, à la métu-péritonite, à l'infection purulente, à l'infection putride, d'une part parce que les femmes sont fatiguées par un travail prolongé, d'autre part parce que les liquides stagnent dans la cavité utérine, qui reste plus ou moins anfractueuse. Les accidents dont nous venons de parler amènent souvent la mort de femmes qui accouchent spontanément; aussi, dans la statistique que nous avons dressée, il ne faut pas imputer tous les revers aux opérations entreprises : une bonne part dépend de la gravité qui résulte de la présence seule des tumeurs fibreuses dans l'utérus pendant l'état puerpéral.

Je termine en rappelant que notre Société s'est occupée, dans l'une de ses séances de l'année dernière, de la possibilité de l'élimination spontanée de fibromes utérins après l'accouchement, et je crois inutile de raviver la discussion sur ce sujet.

LECTURE

M. HORTELOUP lit un travail basé sur une observation de luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois, Sée, Léon Le Fort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Léon Le Fort.

SÉANCE DU 3 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.— La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin de thérapeutique*.

2° Dr Chavernac (d'Aix) : *Le docteur Tournatoris, sa vie et ses manuscrits*. Broch. in-8°. 1869.

3° De Labordette : *De l'emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion*. Broch. in-8°. Paris, 1868.

4° Alfred Tournier : *Du pseudo-chancre induré des syphilitiques*. Extrait des Archives générales de médecine. Juin 1868.

— M. Larrey dépose une courte note sur la *Statistique médicale de l'armée anglaise*.

— MM. Giraud-Teulon et Paul Horteloup adressent des *lettres de candidature* à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

Galvano-puncture. — M. Ciniselli adresse le résumé suivant de son travail publié dans la *Gazette médicale de Lombardie*, sur la *galvano-puncture dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique*.

Dans l'état actuel des connaissances médicales, la galvano-puncture constitue le seul traitement direct qu'on puisse appliquer aux anévrismes internes, et spécialement à ceux de l'aorte thoracique. Dès que M. Pétrequin eut démontré l'efficacité de ce moyen, jusqu'au mois de juillet 1868 (lorsque ce travail a été composé), quatre fois des anévrismes aortiques avaient été traités par cette méthode. Le résultat a été l'amélioration dans un cas, la mort dans l'autre ; il est inconnu pour deux d'entre eux. Ce résultat cependant, loin de nous décourager, nous a conduit à considérer les circonstances propres de chacun de ces cas.

Dans le premier des cas susdits, traité par moi en 1846, la galvano-puncture a été appliquée deux fois sur un anévrisme faux, consécutif de la région sous-claviculaire droite, dérivant d'un vaste anévrisme de l'aorte ascendante, qui apparut à l'extérieur par l'érosion de la tête de la clavicule et de la première côte. L'opération resta sans effet. Quatre mois et demi après, la malade succomba à la rupture de l'anévrisme interne (1).

Dans le second cas, relaté par M. Bossé, de Saint-Pétersbourg, la tumeur, ayant causé par sa pression la consomption des côtes et du sternum, s'élevait sur les parois du thorax et s'étendait de la 2e à la 6e côte du côté droit, du sternum à l'aisselle. Elle était mollasse, présentant dans sa partie centrale une tache bleuâtre qui faisait craindre sa rupture. Employant la galvano-puncture en 1847, l'opé-

(1) *Gazetta medica di Milano*, 1847, n° 2.

rateur sut profiter des connaissances qu'on avait déjà acquises pour faire deux applications d'une manière plus favorable. L'opération a été suivie de la diminution de la tumeur, qui se fit plus consistante, et de la disparition de la tâche bleuâtre, de sorte que le malade n'eut plus à craindre la rupture (1).

Dans le troisième cas, relaté par le professeur Duncan, la tumeur anévrismale se manifestait au milieu du sternum, qui était perforé; elle était arrivée à la grosseur d'une orange; une petite hémorrhagie avait déjà eu lieu. Weight y appliqua deux fois la galvano-puncture en 1865. Les pulsations de la tumeur s'affaiblirent, l'opération n'eut aucun résultat; le malade mourut subitement sept jours après, par la rupture du sac anévrismal. Le corps de la troisième vertèbre du dos était aussi carié, avec suppuration fétide et séquestre (2).

Le quatrième cas, relaté par le même, regarde un anévrisme à développement rapide, qui se manifesta à la partie supérieure de la poitrine. La galvano-puncture, appliquée deux fois en 1866, a été suivie de fortes réactions générales et locales; la pulsation se fit plus forte; la tumeur augmenta de volume, devint livide et ulcérée, donnant des hémorrhagies qui causèrent la mort 34 jours après la deuxième opération. L'anévrisme était de l'aorte, près l'origine du tronc brachio-céphalique; il y avait perte de substance de la 2e, de la 3e et de la 4e côte, avec cario-nécrose du sternum et de la clavicule (3). Aux circonstances qui, dans les cas susdits, s'opposaient à un résultat heureux, il faut ajouter le procédé opératoire, qui n'a été à propos ni pour l'obtenir ni pour épargner les dangers propres de la galvano-puncture.

Dans une des applications faites dans le premier cas et dans les deux applications du quatrième, on a agi à courant continu sur deux aiguilles implantées dans la tumeur; on ne pouvait, par conséquence, obtenir qu'un seul caillot en correspondance du pôle positif, ce qui peut suffire pour les petits anévrismes, non pour ceux dont il s'agissait. — Le courant continu, employé dans les quatre cas, n'a pas manqué de causer les cautérisations électro-chimiques, qui dans le quatrième ont été profondes et cause d'hémorrhagie mortelle. — Les cautérisations ont eu lieu malgré la couche isolante

---

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1850, N° 33.
(2) *Edinburgh med. Jour.*; avril 1866.
(3) *Edinburgh med. Jour.* — *Gazette méd. de Paris*, 1868, N° 23.

dont étaient couvertes les aiguilles, et dans le quatrième, des débris de la couche même étant restés dans le trajet des piqûres, elle a été la cause aussi de l'inflammation phlegmoneuse. Les piles de Wollaston et de Bunsen, donnant un courant de grande intensité, ont causé de fortes réactions générales et locales dans le premier, le troisième et le quatrième cas, favorisées dans le troisième de la durée du courant, et du trop court délai d'une application à l'autre.

On pourra espérer un résultat heureux dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique, lorsque la tumeur, encore toute renfermée dans la cavité de la poitrine, ne se manifeste que parmi les espaces intercostaux et en élevant les côtes; lorsqu'on pourra diagnostiquer que l'anévrisme est peu développé, qu'il est latéral et communiquant avec l'artère par une ouverture limitée; qu'il n'y ait aucune altération organique, et d'autres désordres dans les fonctions du cœur et des poumons que ceux qui sont dus à la présence de la tumeur.

Pour ce qui regarde l'application de la galvano-puncture, il faut profiter de l'expérience, qui nous apprend quelles sont les règles à suivre, quels sont les dangers propres de l'opération, quelle est la manière de les éviter. Je me dispense de tout rappeler ici, en m'arrêtant seulement sur ce qui se rapporte à nous mettre à l'abri des accidents les plus redoutables, tels que l'inflammation phlegmoneuse du sac anévrismal et des tissus qui l'entourent, et les escharres des tissus traversés par les aiguilles : accidents absolument mortels dans les anévrismes dont il est question. Les faits nous ont appris que l'inflammation est en rapport avec l'appareil électromoteur et le pouvoir du courant; les escharres avec la qualité du métal dont sont composées les aiguilles et la manière de faire agir le courant.

L'expérience nous a appris ce que la science nous avait déjà indiqué, que, pour procurer la coagulation du sang dans le sac anévrismal, il faut compter plutôt sur la tension du courant que sur son intensité. On a proclamé, lors des premiers essais, qu'une pile composée de plusieurs éléments à petite surface devait être l'appareil le plus propre. Telle, en effet, s'est montrée la pile de Volta. En ne dépassant pas certaines limites, ni dans le nombre, ni dans l'extension des couples, et convenablement appliquée, elle n'a jamais causé d'accidents graves; le succès ou a manqué ou a été obtenu. Ç'a été pour s'en assurer mieux, ou pour obtenir le brillant succès de la coagulation immédiate, qu'on a renforcé cet appareil d'un nombre excessif de couples, et qu'on eut recours aux piles douées de grande intensité.

En effet, la pile de Volta, appliquée 30 fois dans 21 anévrismes, donna 14 guérisons et 7 insuccès; dans 5 de ceux-ci, il survint l'inflammation et la gangrène du sac anévrismal, qui réclama la ligature de l'artère. Dans ces cas, les couples qui composaient la pile excédaient en surface et en nombre, qui fut porté à 60, et jusque à 80, de sorte que le courant donnait de vives étincelles; la tension était au delà de ce qui est nécessaire pour obtenir la coagulation du sang. — Les piles de Wollaston, de Bunsen, de Daniel, de Sence, appliquées 28 fois dans 19 anévrismes, donnèrent 8 guérisons et 4 insuccès; 11 des opérés ont subi des accidents graves, auxquels 5 ont succombé, et dans 2 la maladie resta aggravée. L'accident le plus fréquent a été l'inflammation phlegmoneuse, presque toujours accompagnée d'escharres, bien que l'appareil se composât d'un nombre limité d'éléments, et aussi d'un seul. Ces faits nous apprendront à proscrire ces appareils pour le traitement des anévrismes, en adoptant la pile de Volta ou celles qui lui ressemblent. Dans les cas de guérison, obtenue par l'emploi de cette pile, les couples de forme carrée avaient de 5 à 10 centimètres de côté; leur nombre, qui a été seulement de 6 dans 1 cas, n'a jamais dépassé les 40, animées par une solution saturée de sel commun ou par le vinaigre.

En ôtant de ces applications les appareils à grande intensité, on évite aussi le danger des escharres par l'action thoracique du courant, qui ne manqueraient de se montrer si par hasard les aiguilles venaient à se rencontrer dans le sac anévrismal.

On ne peut pas en dire autant des escharres produites par l'action chimique du courant, qui peuvent se montrer quel que soit l'appareil, à petite ou à grande intensité. Pour éviter cet accident, qui est le plus redoutable de la galvano-puncture, assurément mortel dans les anévrismes dont il s'agit, il faut avoir égard à la qualité des aiguilles et à la manière de faire agir le courant.

Pour empêcher que les acides organiques, qui se développent par l'électrolyse, exercent leur action cautérisante sur les tissus traversés par les aiguilles, il faut que celles-ci soient de métal oxydable. L'acier se prête assez bien. Mis en communication avec le pôle positif, il ne tarde pas à apparaître un petit cercle noir autour d'elle, qui annonce son oxydation, ainsi que l'oxygénation de la partie colorante du sang, au lieu de l'escharre, qui serait inévitable si l'aiguille était d'or ou de platine. La petite altération susdite se réduit après à un point séché, qui se détache sans ulcération. Cette ulcération même, ainsi que l'oxydation de l'aiguille, garantit les tissus de l'action,

non-seulement des acides, mais aussi de celle des acalis, lorsqu'on fait passer sur l'aiguille même le réophore négatif, qui autrement ne manquerait pas de former une escharre, quel que soit le métal dont l'aiguille est composée. — Ce fait important, publié par moi dès 1850, et après dans mes travaux successifs, n'aurait besoin d'être rapporté encore une fois, si on ne voyait qu'il est méconnu ou oublié par des opérateurs distingués.

Il faut donc, au commencement de l'opération, mettre une des aiguilles implantées au contact du réophore positif, tandis que le négatif communique avec la peau, près de l'anévrisme, par un conducteur humide; après l'apparition du cercle noir autour de l'aiguille, il faut placer le réophore positif sur une autre aiguille, et le négatif sur la première, et ainsi de suite, en ne touchant jamais aucune des aiguilles avec le pôle négatif, avant qu'il n'ait été mis en communication avec le positif, et qu'il se soit manifesté le petit cercle noir qui annonce son isolement des tissus, l'expérience démontrant que les vernis isolants sont insuffisants et dangereux. Il ne manque pas de cas dans lesquels on n'a fait agir que le pôle positif sur une ou plusieurs des aiguilles implantées, en appliquant le négatif près de la tumeur à l'aide d'un conducteur humide. On a agi de cette manière en considérant que c'est le pôle positif qui forme le caillot électrique, et dans la croyance erronée que ceci soit dissous par le négatif. Ce procédé, que je sache, n'a donné jusqu'ici aucun résultat heureux. Il n'a valu non plus à épargner les escharres lorsque les aiguilles étaient d'or ou de platine, ni l'inflammation phlegmoneuse lorsqu'on a agi avec des appareils doués de grandes intensité. Les faits cliniques ont démontré qu'il faut agir avec les deux pôles sur les aiguilles implantées, comme les expériences sur les animaux ont démontré que l'électricité négative ne dissout pas le caillot formé par la positive.

Les aiguilles ne doivent pas dépasser l'épaisseur de 1 millimètre, et pour obtenir plusieurs centres de coagulation, il faut les multiplier, en les appliquant à la distance de 2 à 3 centimètres l'une de l'autre. L'expérience a aussi démontré qu'il n'est pas prudent d'en appliquer plus que 6, pour ne pas s'exposer à une réaction trop vive.

La manière de faire agir le courant, outre ce que j'ai dit à l'égard des escharres, exige d'autres considérations, qui sont d'une grande importance pour le résultat de la galvano-puncture.

Le courant peut être continué sur les mêmes aiguilles du commencement jusqu'à la fin de l'opération, ou interrompu pour changer sa direction sur chacune des aiguilles. Or, voilà le résultat de

la pratique : le courant continu, appliqué 34 fois sur 23 anévrismes, donna 7 guérisons, 22 insuccès et 5 morts; 10 applications ont été suivies d'accidents graves. — Le courant interrompu, au contraire, appliqué 25 fois sur 22 anévrismes, donna 15 guérisons et 10 insuccès, sans aucun cas de mort; l'opération a été suivie 5 fois d'accidents graves. On doit aussi remarquer que certains anévrismes, restés sans effet par le courant continu, sont guéris par le courant interrompu, et deux, qui n'avaient subi aucun changement par l'action de celui-ci, sont restés dans le même état par le courant continu appliqué après.

Il résulte de ces données statistiques que le courant continu est resté sans effet plus fréquemment que le courant interrompu; en conséquence, il a dû être appliqué plusieurs fois sur les mêmes anévrismes; le petit nombre de guérisons obtenues, la fréquence des accidents graves, les cas de mort, conseillent de l'ôter de la pratique, pour adopter toujours le courant interrompu.

En appliquant le courant interrompu de la manière susdite, tandis qu'on obtient de nombreux caillots dans le sac anévrismal, on s'expose le moins possible au danger de l'inflammation et escharres, en suite de la courte durée du courant sur chacune des aiguilles. Celles-ci doivent être mises en communication successivement avec les deux pôles, pour la durée de 3 à 5 minutes; il faut disposer les réophores de manière à pouvoir établir la communication successive avant d'ôter la première, afin d'épargner le plus possible les secousses au malade; la durée totale du courant doit être de 20 à 30 minutes ; les aiguilles doivent être extraites immédiatement après.

Si l'on croit que l'effet de l'opération soit manqué, on ne doit jamais la répéter avant que la réaction locale soit finie, pour ne pas provoquer l'inflammation phlegmoneuse et la gangrène du sac anévrismal, l'expérience ayant démontré qu'il faut au moins huit jours d'une application à l'autre.

Il faut se rappeler que dans la plupart des anévrismes qui sont guéris, la coagulation du sang se fit lentement et s'accomplit après beaucoup de temps ; il est donc prudent d'attendre, lorsque, la réaction locale finie, on aperçoit un peu plus de consistance dans la tumeur, et quelque diminution dans son étendue et dans la force des pulsations.

En suivant ces règles, on peut parvenir à employer la galvanopuncture de la manière la plus efficace, et en même temps sans danger, aux anévrismes de l'aorte thoracique, au but d'en essayer les progrès ou de les guérir, pourvu qu'ils soient dans les conditions les

plus favorables, en associant à la galvano-puncture les moyens propres pour modérer les mouvements de la circulation et pour favoriser la coagulation du sang.

Anus contre nature. — M. LOUIS THOMAS (de Tours) adresse la note suivante :

I

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION OMBILICALE, OPÉRATION, AMÉLIORATION, CAUTÉRISATION, GUÉRISON.

Mme F..., habitant Saint-Symphorien, près Tours, âgée de 48 ans, d'une bonne santé habituelle, mais douée d'un énorme embonpoint, portait depuis plusieurs années une hernie ombilicale peu volumineuse, réductible et habituellement maintenue par un bandage. Le 24 juin 1865, l'application du bandage fut négligée et la hernie s'étrangla. Des tentatives de réduction furent faites sans succès à plusieurs reprises, et la kélotomie fut pratiquée dès le lendemain du début des accidents d'étranglement.

La hernie renfermait de l'épiploon et une anse d'intestin grêle. Ces parties étranglées, ne présentant pas d'altération notable, furent réduites après le débridement, et la plaie pansée à plat. L'opération fut suivie de la disparition des accidents et du rétablissement du cours des matières. La plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui était complète trois semaines après.

A quelques jours de là, vers le 20 juillet, apparut, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur qui acquit bientôt le volume d'une noix. Cette tumeur était fluctuante, et à son niveau la peau était si amincie, que, le 1er août, elle présentait plusieurs orifices qui donnaient issue à des matières stercorales liquides. Cet écoulement, qui fut suivi de l'affaissement de la tumeur, augmenta les jours suivants, et prit bientôt des proportions telles, que la moitié des matières fécales environ suivait cette voie anormale. Plusieurs des orifices, à travers lesquels s'était ouvert cet abcès stercoral, s'oblitérèrent néanmoins; deux seulement persistèrent.

Le docteur Baugé, de Saint-Symphorien, médecin habituel de la malade, tenta d'obtenir l'oblitération de ces orifices, et mit en usage, à cet effet, la cautérisation avec le nitrate d'argent, puis ensuite avec la teinture d'iode, le rapprochement des bords des ouvertures et leur occlusion avec le diachylon, le taffetas d'Angleterre, le collodion, les serres fines, la compression avec des rondelles d'amadou,

une plaque de métal, l'application d'une grosse serre fine, la suture entortillée : tous ces moyens furent employés sans succès.

La malade, découragée, ne voulut plus se soumettre à d'autres moyens de guérison, considérant sa triste situation comme au-dessus des ressources de l'art ; elle resta sans rien faire jusqu'au mois de mars 1866, époque à laquelle je fus appelé à l'examiner.

Sur la paroi abdominale existait, au niveau de l'ombilic, une dépression infundibuliforme de 3 centimètres de diamètre environ. De la circonférence de cette dépression, des plis cutanés se dirigeaient en rayonnant vers le fond de l'infundibulum. Ces plis, ainsi que les téguments voisins, étaient rouges, et dans leur interstice la peau était légèrement ulcérée sur certains points. Le fond de cette dépression était occupé par un orifice ayant, dans le sens vertical, 6 à 7 millimètres de diamètre, tandis que les bords étaient presque en contact transversalement. Cet orifice livrait passage à des matières stercorales liquides. La malade ne pouvait dire combien de temps après les repas survenait cet écoulement, dont la quantité était du reste très-variable. Peu abondant parfois, il le devenait beaucoup plus dans d'autres moments; souvent alors il était précédé de coliques. La malade avait tous les jours, par l'anus, à la suite de lavements, des selles de matières fécales. Ces selles étaient assez abondantes, et la malade estimait que les matières fécales sortaient à peu près en quantité égale par l'anus et par l'orifice ombilical; l'avantage était peut-être cependant pour cette dernière voie.

Si l'écoulement par l'orifice anormal des matières contenues dans l'intestin indiquait l'existence d'un obstacle à leur cours régulier, la persistance des selles apprenait en revanche que cet obstacle ne s'y opposait pas d'une façon absolue et que l'intestin était encore perméable. L'insuccès des tentatives faites à diverses reprises pour fermer l'orifice ombilical et forcer la totalité des matières à suivre leur cours normal montrait, en outre, combien était grande la puissance de cet obstacle, dont il était impossible de déterminer la nature.

Je répétai les tentatives faites déjà par le docteur Baugé, et, malgré l'application de rondelles de taffetas, d'amadou, de diachylon, etc., que je disposai à différentes reprises sur l'orifice pour en obtenir l'occlusion, en même temps que, par leur intermédiaire, j'exerçais une compression assez énergique à l'aide d'un bandage de corps, je ne pus, non-seulement suspendre, mais même modérer l'écoulement anormal. Malgré ces conditions défavorables, je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir et de tenter de débarrasser cette malheureuse femme de sa triste infirmité.

Voici le plan que je me proposais de suivre : Entourer, par une incision circulaire, la circonférence d'où rayonnent les plis cutanés qui se rendent à l'orifice anormal, disséquer ce lambeau par sa face profonde jusqu'au niveau de l'orifice, isoler ensuite le conduit qui va de cet orifice à l'intestin dans une étendue correspondant à l'épaisseur de la paroi abdominale; puis, renverser en dedans et aussi profondément que possible les bords de cet entonnoir, de façon que les surfaces saignantes se trouvent adossées, et les maintenir dans cette situation par plusieurs points de suture. Enfin les bords de la plaie, résultant de cette dissection, seraient réunis par d'autres points de suture, qui se trouveraient placés superficiellement par rapport aux premiers. Cette double suture, et le tampon formé par le lambeau dans l'intérieur du trajet, devraient opposer aux matières une barrière infranchissable. Une alimentation très-légère, l'administration de l'opium, continuée pendant plusieurs jours, dans le but de modérer les sécrétions intestinales, devraient également, en diminuant la quantité des matières, rendre plus facile leur cours régulier. Pendant ce temps, la cicatrice pourrait acquérir la solidité nécessaire pour lutter contre l'obstacle qui diminuait le calibre de l'intestin.

Mon savant et regretté maître Follin, auquel je montrai la malade, approuva mon plan et me fit l'honneur d'assister à l'opération, que je pratiquai, avec l'aide du docteur Baugé, le 9 avril 1866.

La malade étant chloroformée, je pratiquai une incision circulaire de 5 centimètres de diamètre, ayant pour centre l'orifice anormal, je disséquai les téguments jusqu'au niveau de cet orifice, et je dégageai, par des incisions circulaires, dans presque toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le trajet intermédiaire. Je ne pus alors, ainsi que je me l'étais proposé, renverser dans son intérieur les téguments que j'avais disséqués, de façon à adosser leurs surfaces saignantes. La friabilité des tissus ne me le permit pas. J'avivai alors la face interne de l'entonnoir aussi profondément que possible, j'excisai les plis cutanés, et je divisai le lambeau circulaire, dont les deux faces étaient alors saignantes, par une incision verticale, en deux lambeaux latéraux. Ceux-ci furent réunis par trois points de suture métallique, que je passai aussi près que possible de l'orifice abdominal du trajet anormal. Je rapprochai ensuite, par quatre points de suture, les lèvres de l'incision circulaire que j'avais pratiquée au début de l'opération. Je fis un pansement simple soutenu par un bandage de corps, et ordonnai une pilule d'extrait d'opium (de 1 centigramme) toutes les heures.

Le soir même de l'opération, malgré cette double suture, les liquides intestinaux suintaient par l'angle inférieur de la plaie. Cet écoulement devint plus abondant les jours suivants. Huit jours après, l'opération, je retirai les fils; la plaie était réunie partiellement; il restait deux orifices séparés par un point. L'orifice supérieur, plus petit, avait à peine 2 millimètres de diamètre; l'inférieur, 4 ou 5 millimètres. L'écoulement, toujours fort abondant, l'était moins cependant qu'avant l'opération.

A quelques jours de là, je tentai l'occlusion de l'orifice à l'aide de rondelles de taffetas recouvertes d'une couche de collodion. Ce pansement, auquel je donnai une épaisseur de plus de 1 centimètre, fut bientôt décollé, et les matières s'écoulèrent par sa partie inférieure. Je résolus alors de mettre en jeu une puissance qui seule pouvait entrer en lutte avec l'obstacle qui s'opposait au cours des matières, je veux parler de la rétraction cicatricielle. A cet effet, j'eus recours à la cautérisation du trajet anormal avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation fut pratiquée environ douze fois, du mois de mai au mois de septembre, c'est-à-dire à dix ou douze jours d'intervalle. Le lendemain ou le surlendemain de la cautérisation, la malade remarquait ordinairement une augmentation dans la quantité des matières qui s'écoulaient par l'anus contre nature, puis cet écoulement diminuait les jours suivants. Après quatre ou cinq cautérisations, l'orifice supérieur était oblitéré, l'orifice inférieur persistait; mais la malade qui, avant l'opération, était forcée de se changer plusieurs fois par jour, ne se changeait plus que le matin et le soir, exceptionnellement dans le milieu du jour. En même temps que se montrait une amélioration aussi notable, la malade, qui n'avait jamais éprouvé que des troubles digestifs assez légers, commença à ressentir, à des intervalles assez rapprochés, de très-violentes coliques. Leur durée était de plusieurs heures et elles étaient suivies d'un écoulement plus abondant de matières par l'orifice ombilical. Ces coliques me semblaient causées par l'engouement de la partie supérieure de l'intestin, par les matières qui, accumulées au-dessus de l'obstacle, faisaient effort pour le vaincre; à ce point de vue, je considérais ces coliques comme très-favorables à la guérison.

Vers la fin du mois d'août, je fis une dernière cautérisation. L'écoulement de matières fécales restait alors quelquefois plusieurs jours sans se produire, et ne survenait guère qu'à la suite de coliques, qui revenaient toujours aussi souvent, et parfois même avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eue précédemment.

Depuis, j'avais eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer cette ma-

lade, mais sans pouvoir l'examiner. De loin en loin il y avait un léger écoulement, ordinairement à la suite de coliques. La malade avait repris sa profession de marchande, que son infirmité l'avait forcée d'abandonner. Enfin, vers la fin de l'année, j'apprenais par plusieurs membres de sa famille qu'elle était guérie, mais qu'elle éprouvait toujours de très-violentes coliques.

Au mois de juin 1867, après un violent effort, elle ressentit, au niveau de l'ombilic, une très-vive douleur avec sensation de déchirure. Pendant trois jours la malade eut des vomissements fréquents, et la cicatrice de l'anus contre nature résista complétement aux efforts qui en étaient la conséquence. Ce ne fut que vers la fin de la maladie que la cicatrice se déchira pour donner issue à une petite quantité de liquide intestinal. Cet écoulement se reproduisit plusieurs fois, en très-petite quantité, dans les semaines qui suivirent.

Actuellement, juillet 1868, il n'y a pas eu trace d'écoulement depuis près de dix mois. La cicatrisation de l'orifice anormal est complète. Mais la malade éprouve encore des coliques; il est vrai qu'elles sont moins fortes et moins fréquentes que par le passé. Ainsi, dernièrement, cette malade est restée près de deux mois sans en ressentir.

L'obstacle qui s'opposait au libre passage de la totalité des matières contenues dans l'intestin, et dont la nature reste indéterminée, se trouve donc enfin vaincu dans cette lutte qui s'était établie entre lui et la rétraction cicatricielle. Cette dilatation graduelle, mais forcée, aurait pu peut-être présenter des inconvénients plus grands que les coliques qu'a éprouvées et qu'éprouve encore la patiente. Tout danger est aujourd'hui passé, et la guérison définitivement assurée.

II

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION ILIAQUE. AUTOPSIE.

Dans le mois de juin 1867, une jeune fille de 15 ans, atteinte d'un anus contre nature de la région iliaque droite, succombait dans le service chirurgical de l'hôpital de Tours, dont je me trouvais momentanément chargé.

L'interne du service me fournit, sur cette enfant, les renseignements suivants : A l'âge de 7 ans, elle fut atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite. Le médecin qui lui donnait des soins fit une application de caustique de Vienne et incisa sur l'escharre. L'abcès fut vidé, et l'ouverture se ferma rapidement; mais la guérison ne fut

pas définitive; de temps en temps, la cicatrice s'ouvrait pour donner passage à du pus, et se refermait ensuite. Les choses continuèrent ainsi pendant quatre ans; à cette époque, des matières stercorales s'écoulèrent avec le pus. L'ouverture se cicatrisa cependant, mais, à des intervalles assez rapprochés, la cicatrice se déchirait et laissait écouler des mélanges de pus et de matières fécales.

En 1864, la malade avait alors 12 ans, l'ouverture devint permanente et continua à livrer passage aux matières stercorales, qui augmentèrent de quantité, si bien qu'après quelques mois la totalité des matières stercorales s'écoulait par cette voie anormale et qu'un anus contre nature se trouvait définitivement constitué.

Admise à l'hôpital le 7 avril 1866, cette jeune fille fut pendant longtemps soumise à l'usage de lavements, administrés dans le but de rétablir la perméabilité et de produire la dilatation du bout inférieur de l'intestin. Plus tard, le chirurgien dilata, avec l'éponge préparée, l'orifice anormal, afin de s'assurer de la situation de l'ouverture intestinale. Ces tentatives durent être abandonnées assez promptement : elles provoquèrent une suppuration assez abondante. La malade, qui était déjà très-épuisée, s'affaiblit davantage; la fièvre hectique survint, et elle succomba deux jours après que j'eus pris la direction du service. Le lendemain, je procédai à l'autopsie, dont voici le résultat :

Il existe, sur la partie inférieure et latérale droite de la paroi abdominale antérieure, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une large ouverture à grand axe dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, dans une étendue de 5 centimètres environ. Les bords de cette ouverture sont irréguliers, déchiquetés, amincis et décollés surtout en dedans, dans une étendue de plusieurs centimètres. Il en est résulté une cavité irrégulière, située au-dessous des tégumens, et au fond de laquelle on aperçoit un orifice circulaire de 2 centimètres de diamètre environ. Cet orifice étant incisé, on pénètre dans une cavité dont l'un des angles est occupé par l'ouverture intestinale. Cette ouverture siége sur l'intestin, et permet facilement l'introduction de l'extrémité du petit doigt dans sa cavité. Cette cavité, dans laquelle s'épanchaient les matières stercorales avant d'être versées à l'intérieur, est traversée dans toute son étendue par le bout inférieur de l'intestin très-rétréci, et présentant à peine le volume du petit doigt. Cette partie rétrécie de l'intestin, qui adhère en arrière à la paroi de la cavité, n'est autre que le cœcum; il est facile de voir qu'il se continue directement avec le colon.

A l'intérieur de l'abdomen, la dernière portion de l'intestin grêle et le cœcum se réunissent à angle aigu et adhèrent à la paroi abdominale dans l'étendue de quelques centimètres. L'iléon a conservé son volume normal, tandis que le colon est notablement diminué. L'intervalle qui sépare le cœcum et l'iléon, est occupé par le mésentère, l'épiploon et deux anses d'intestin unies par des adhérences.

L'intestin grêle étant incisé sur son bord libre, on trouve, à l'extrémité de cet intestin, une saillie proéminant dans sa cavité de 1 à 2 centimètres, recouverte par sa muqueuse, et présentant à son sommet un orifice. Cette partie saillante offre quelque analogie avec le gland et le méat urinaire. Un stylet entra droit dans le cœcum et le gros intestin. Cette saillie était libre dans la cavité de l'intestin et entourée par un cul-de-sac au fond duquel se trouve, en bas et en avant, l'ouverture intestinale de l'anus contre nature. Le sillon qui entoure la saillie que forme le cœcum dans la cavité de l'iléon fait défaut sur un point seulement de sa circonférence. Ce point, au-dessous duquel se trouve l'ouverture intestinale, m'a semblé formé par l'appendice iléo-cœcal.

L'intestin grêle présente donc ici, par rapport au cœcum, une disposition inverse de celle qu'on observe à l'état normal. Ce n'est plus l'intestin grêle dont les parois s'adossent pour faire saillie dans la cavité du cœcum et constituer la valvule de Bauhin; ici, c'est le cœcum qui fait saillie dans la cavité de l'intestin grêle. Cette disposition, jointe à la diminution du calibre du cœcum, créait à la guérison de l'anus contre nature un obstacle insurmontable.

Je ne ferai suivre d'aucune réflexion cette description d'une lésion dont je n'ai rencontré aucun exemple dans les différents recueils que j'ai pu consulter; je me bornerai, en terminant, à faire remarquer le siége de l'ouverture intestinale sur l'iléon, et ce qu'a d'insolite une pareille terminaison des abcès de la fosse iliaque.

DISCUSSION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. GUÉNIOT. Lorsque, dans une première communication, j'ai avancé, contrairement à une opinion aujourd'hui accréditée, que l'influence exercée par la grossesse sur les fibromes utérins est beaucoup moins évidente, et surtout plus exceptionnelle qu'on ne le croit généralement, je devais naturellement m'attendre à trouver des contradicteurs. Vous n'avez pas oublié que MM. Depaul et Guyon se sont

en effet constitués les défenseurs de la doctrine régnante. Déjà, auparavant, M. Forget s'en était déclaré partisan, et vous avez entendu, dans nos dernières séances, M. Tarnier se prononcer dans le même sens. Si donc, comme je le pense, cette doctrine si chaleureusement défendue est cependant encore mal assise et ne repose jusqu'ici que sur des données insuffisantes, il importe que je vous fasse connaître les raisons d'une telle dissidence avec nos savants collègues.

D'ailleurs, messieurs, le sujet de ce débat est assez important pour mériter un examen approfondi. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'anatomie et de physiologie pathologique; mais la pratique des accouchements est encore intéressée à une bonne solution du litige. Si, en effet, la grossesse exerce réellement une action sur les fibromes utérins, en provoquant leur vascularisation, leur ramollissement et leur hypertrophie, on conçoit que les déterminations du clinicien pourront être, dans nombre de cas, fort différentes de ce qu'elles seraient en l'absence de ces modifications anatomiques. Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement devra lui-même nécessairement varier, selon que les altérations futures du néoplasme seront jugées plus ou moins probables. J'ajoute que si l'importance pratique de la question ne vous paraissait pas encore évidente, il me suffirait sans doute, pour la rendre telle, de vous citer l'opinion suivante du docteur Ingleby, de Birmingham : « Au lieu, dit-il, de provoquer l'accouchement avant terme, comme l'a proposé le docteur Ashwel, ne vaudrait-il pas mieux abandonner les choses à elles-mêmes, vu la possibilité de résoudre les tumeurs par le travail de ramollissement qu'elles subissent sous l'influence de la grossesse ? » (*Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 242.)

Vous le voyez, voilà pour ainsi dire toute une pratique conseillée d'après cette croyance que la grossesse ramollit les hystéromes. Il est donc bien essentiel d'être édifié sur la valeur réelle d'une théorie qui peut provoquer de telles déductions.

Permettez-moi maintenant, avant d'entrer dans le corps de la discussion, de rappeler les deux conclusions par lesquelles j'ai terminé ma première communication. Il est d'autant plus nécessaire d'en reproduire la teneur, que mes honorables contradicteurs (qu'ils veulent bien me pardonner cette remarque) me semblent les avoir trop oubliées en me prêtant parfois une opinion, je ne dirai pas *contraire*, mais absolument différente de celle que j'ai cherché à faire prévaloir. En effet, après un examen rapide du sujet, je me suis cru autorisé à conclure :

« 1° Que la réalité des modifications imprimées à certains fibromes

utérins *par* la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

« 2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel. »

Je n'ai donc pas nié que les fibromes utérins pussent se ramollir et s'hypertrophier *pendant* la grossesse. Ce fait est d'une telle évidence, qu'il ne peut constituer la matière d'un débat. J'ai d'ailleurs cité moi-même plusieurs cas de ce genre; mais ce que j'ai cru pouvoir contester, c'est qu'il fût scientifiquement démontré que la gestation est l'*agent provocateur*, la *cause active* de ce ramollissement ou de cette hypertrophie. Il s'agit de savoir, en un mot, si les altérations que subissent parfois les fibromes utérins dans le cours de la grossesse sont réellement produites par la gestation elle-même, ou bien, au contraire, si elles ne sont pas simplement la conséquence de l'évolution naturelle des tumeurs, la grossesse n'ayant pris aucune part évidente à leur manifestation. Voilà, si je ne m'abuse, quel est le vrai point en litige.

Puisque MM. Depaul et Guyon, ainsi que MM. Forget et Tarnier, sont, sur cette question, en dissidence avec moi, c'est apparemment qu'ils considèrent comme *rigoureusem nt démontrée* la doctrine qu'ils défendent. Voyons donc, à mon avis, ce qu'il convient d'en penser.

1° Ramollissement. — De ce qui concerne le ramollissement des tumeurs, un certain nombre d'observations anciennes ou encore inédites ont été successivement produites à cette tribune, dans le but de démontrer que la grossesse était bien la cause de cette altération. MM. Depaul et Tarnier en ont surtout mentionné plusieurs qui leur sont personnelles, et dans lesquelles l'examen digital du néoplasme leur avait paru révéler une mollesse plus ou moins évidente. Mais tous ces faits, dont je suis loin de nier la réalité, ont-ils bien la valeur et la signification qu'on leur attribue? Je ne le pense pas.

En effet, les exemples de mollesse fluctuante, et même de suppuration des hystéromes, ne sont pas absolument rares dans l'état de vacuité, c'est-à-dire en dehors de toute influence de la gestation. Je pourrais même dire qu'ils sont relativement assez nombreux. Le docteur Caillard a rapporté dans sa thèse (Paris, 1833, n° 307) l'observation d'une femme de 40 ans qui succombe à des symptômes de fièvres hestique, celle-ci étant déterminée par une tumeur fibreuse suppurée de la matrice. Or, cette femme avait un col utérin « dont les caractères étaient ceux d'un col de *nullipare*. » Une action quelconque dépendante de la grossesse ne peut donc être invoquée. Ce-

pendant, à l'autopsie, on trouva la matrice grosse comme une tête d'enfant, et, dans l'épaisseur de sa paroi, une poche purulente où se remarquaient trois ou quatre fibromes isolés et flottants. N'est-ce pas là, il faut en convenir, un fait d'une remarquable analogie avec celui qu'a relaté M. Hugnier dans nos Bulletins, t. VIII, p. 98, de 1857 ? et vous n'ignorez pas que ce dernier a été souvent invoqué comme une preuve de l'action de la grossesse sur les altérations des corps fibreux.

En 1826, M. Pinault, de Rennes, présentait à la Société anatomique un utérus intact qui était développé comme à six mois de conception. Cet organe avait appartenu à une femme morte dix jours après son entrée à l'hôpital, et chez laquelle on avait en effet diagnostiqué une grossesse d'environ six mois. C'était, dit M. Cruveilhier, un véritable problème anatomique que M. Pinault proposait à la Société. S'agissait-il réellement d'une grossesse ou d'un kyste, ou de toute autre tumeur fluctuante. Chacune de ces opinions trouva des défenseurs. La matrice fut enfin ouverte, et l'on reconnut que la tumeur était un corps fibreux ramolli.

Plusieurs observations analogues se trouvent consignées dans l'excellente thèse du docteur Caternault (*De la Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines*. Strasbourg, 1866, nº 942). Dans la première, par exemple, le ramollissement de la tumeur était tel, que ce caractère, réuni à quelques autres, fit penser qu'on avait affaire à un kyste de l'ovaire. Deux ponctions furent successivement pratiquées dans le point le plus fluctuant; mais elles furent sans résultat. Il s'agissait « d'un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe, à son angle gauche. » Cette même mollesse conduisit pareillement, dans l'observation VI, à une semblable erreur. Plusieurs ponctions furent également faites dans la tumeur, qui n'était autre qu'un fibrome utérin du poids de 5 kilogrammes.

Tout dernièrement, M. Demarquay me citait deux faits qui lui sont personnels, et exactement semblables aux précédents. Lui aussi pratiqua des ponctions dans ces tumeurs fluctuantes, qu'il croyait être des kystes ovariques, et l'autopsie lui révéla qu'il s'agissait de fibromes utérins. Ces erreurs ne rappellent-elles pas trait pour trait celles que M. Tarnier a citées comme si convaincantes, parce qu'elles avaient eu lieu dans le cours de la gestation? Je pourrais rappeler encore bien d'autres cas du même genre, tel que l'un rapporté par M. Luya (*F. Guyon, thèse d'agrég.* Paris, 1860, p. 27); un autre publié par M. Barth, etc. Mais ceux que je viens de mentionner suffisent à démontrer que *le ramollissement des fibromes utérins peut s'effectuer d'une*

manière tout aussi complète, en dehors de la grossesse que pendant la grossesse elle-même.

Mais, du moins, ce ramollissement des hystéromes (pour employer l'expression de M. Broca) s'observe-t-il communément dans le cours de la gestation? Eh bien, je ne suis pas en mesure d'en préciser la proportion relative; mais ce que je puis dire, c'est que les faits abondent (et des faits avec autopsie), dans lesquels ces néoplasmes ont été trouvés d'une *dureté fibreuse* ou même *cartilagineuse*, soit pendant, soit immédiatement après la grossesse. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns à titre d'exemples.

Dans le cas si remarquable et si connu de M. Danyau (*Revue méd.-chirurg. de Paris*, 1851, t. IX, p. 299), cas où le fibrome dut être enlevé pour permettre l'accouchement, il est dit que « la consistance générale était *très-ferme*. » Et cependant, remarquez-le bien, il s'agissait d'une tumeur qui « probablement » s'était développée d'une façon rapide. Elle pesait 650 grammes, et son début supposé ne datait pas de plus de six ou sept mois. Malgré ces conditions, la tumeur était très-ferme. Il est bien vrai que M. Danyau ajoute : « A la face antérieure de la tumeur, et même un peu à sa partie inférieure, le tissu, au moins superficiellement, était mou, inégal, presque fongueux. » Mais cette remarque ne détruit nullement la valeur de l'observation principale, à savoir que *la consistance générale de la tumeur était très-ferme*. J'aurai d'alleurs à m'expliquer ultérieurement sur la nature de ces ramollissements superficiels de certains fibromes très-durs dans leur masse.

M. Cruveilhier a figuré, dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (XIe liv., p. 45) la matrice d'une femme morte de péritonite quelques jours après l'accouchement. Cette matrice, recueillie par Désormeaux, portait à sa partie supérieure un fibrome interstitiel du volume de la tête d'un fœtus à terme. Or, il est dit que « la densité du corps fibreux, sa blancheur nacrée, contrastaient avec la mollesse et la vascularité du tissu utérin. » (*Traité d'Anat. path.*, t. III, p. 698.)

Mme Lachapelle (*Mémoires*, t. III, p. 382) cite également le cas d'une femme qui succomba aux suites d'un travail laborieux, et chez laquelle on découvrit « l'existence d'une tumeur dure et d'un tissu fibro-cartilagineux, développée dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de l'orifice utérin. »

D'Outrepont (*Arch. de méd.*, 1830, 1re série, t. XXIII, p. 121) en produit un autre où l'on voit que trois tumeurs furent trouvées dans l'utérus d'une femme morte peu d'instants après sa délivrance. Et

« ces trois tumeurs étaient d'une structure cartilagineuse, ne pouvaient être comprimées, et ne contenaient ni cavité, ni esquilles osseuses. »

L'observation du docteur Thibault (*Bull. de la Soc. anat.*, 1844, t. XIX, p. 166), dont a déjà parlé M. Tarnier en la rangeant, bien à tort, parmi les tumeurs ramollies, est encore un exemple du même genre. A l'autopsie, en effet, cette tumeur, qui avait forcé Malgaigne de pratiquer l'opération césarienne, fut trouvée « en grande partie formée d'un tissu blanc, » tandis que, dans certains points, elle présentait des noyaux teintés en rose par des vaisseaux capillaires.

Pendant que j'étais chef de clinique à l'hôpital de la Faculté, j'ai examiné avec M. Depaul, qui, sans doute, n'a pas oublié le fait, une femme d'environ 35 ans, accouchée depuis 12 jours d'un enfant que nous trouvâmes bien portant. Le médecin et la sage-femme qui avaient présidé au travail, trompés par l'existence d'une grosse tumeur abdominale, avaient soumis la patiente à une vraie torture, lui administrant du scigle ergoté, l'explorant de toute façon et la faisant marcher sans pitié, dans le but de provoquer l'expulsion d'un second enfant. Mais ce jumeau retardataire n'était autre qu'un énorme fibrome développé sur le fond de l'utérus. Or cette tumeur, d'un diagnostic non douteux, offrait une dureté fibreuse toute caractéristique.

Enfin, pour clore cette revue, je me bornerai à ajouter que d'autres cas semblables se trouvent relatés par Deneux (*Lancette franç.*, 1829, t. II, p. 10), par Ingleby (*Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 242), et par divers autres que j'ai déjà mentionnés dans ma communication de juillet 1868. — A propos de cette dernière source d'indications, permettez-moi de compléter ici un renseignement. L'observation de la *Gazette des hôpitaux*, 1864, p. 197, ne fait pas mention de la consistance ferme de la tumeur. Mais mes propres souvenirs, ceux de M. Tarnier, qui a présenté la pièce à la Société anatomique, et les difficultés que le fibrome suscita dans l'accouchement, témoignent suffisamment qu'il ne s'agissait point d'un tumeur ramollie.

Ainsi, messieurs, les faits qui précèdent démontrent surabondamment, je pense : d'une part, que le *ramollissement des fibromes* s'observe parfois à un très-haut degré *dans l'état de vacuité des femmes*, c'est-à-dire en dehors de toute influence provenant de la grossesse, et, d'autre part, qu'il n'est pas rare de trouver, *pendant la gestation*, de ces mêmes tumeurs qui conservent leur *dureté fibreuse ou semi-cartilagineuse*.

Comment donc, en présence de ces faits, peut-on conclure que c'est la gestation qui a provoqué le ramollissement, quand on vient constater celui-ci, soit dans son cours, soit peu de jours après l'accouchement ? Sans compter qu'il ne serait pas superflu de savoir, au préalable, si le ramollissement n'existait pas dès avant le début de la grossesse, il faudrait au moins que l'une ou l'autre des conditions suivantes eût été réalisée : il faudrait, ou bien que l'on eût démontré la fréquence plus grande du ramollissement pendant la grossesse, ou bien que oe ramollissement fût aussi passager que la grossesse elle-même, c'est-à-dire que, né dans son cours, il diminuât après elle, pour disparaître bientôt d'une manière complète. Alors, en effet, l'influence de la gestation sur la production du phénomène serait vraiment incontestable. Mais en est-il ainsi ? C'est ce que, jusqu'ici, aucun de mes contradicteurs n'a essayé de démontrer. Je me trompe : M. Depaul a relaté trois observations qui seraient très-significatives si les assertions touchant la diminution de consistance n'avaient été émises avec une certaine réserve. J'aurai d'ailleurs à revenir sur ces trois faits importants, qui méritent un examen spécial. Pour le présent, ce que je tiens à constater, c'est que ni l'une ni l'autre des conditions indispensables pour une démonstration rigoureuse n'a été réalisée d'une manière complétement satisfaisante.

2° Hypertrophie. — Si pour affirmer que la grossesse active le développement des hystéromes, il suffisait de montrer que, dans un cas donné, les dimensions du néoplasme se sont accrues pendant la gestation, certainement on pourrait admettre comme démonstrative l'observation de M. Danyau, que M. Guyon a surtout invoquée. Mais il s'en faut que la solution du problème soit aussi simple, ainsi que j'espère le démontrer.

D'ailleurs, il est essentiel de ne pas confondre l'accroissement modéré, progressif et *normal*, si je puis ainsi dire, des fibromes utérins avec leur accroissement brusque ou *exceptionnellement rapide*. Le premier appartient en propre à la *marche naturelle* de ces néoplasmes ; et, quand on le constate dans le cours d'une grossesse, il ne prouve qu'une chose, *c'est que la grossesse n'a pas mis obstacle à sa production*. Telle est, pour citer un exemple, l'interprétation qu'il convient, selon moi, de donner à l'observation que M. Forget a citée en faveur de la doctrine, et dont j'ai déjà fait la critique dans ma première communication. Quant au second mode d'accroissement, c'est-à-dire à celui qui s'opère avec une grande rapidité, et qui seul ici mérite le nom d'*hypertrophie* (accroissement d'une rapidité anormale), lorsqu'on le remarque dans les hystéromes, on est, sans doute, en droit

d'en rechercher la cause ailleurs que dans l'évolution naturelle du fibrome lui-même ; mais encore reste-t-il à savoir s'il convient de l'attribuer à la gestation quand il se trouve avoir lieu dans son cours. C'est ce que je vais maintenant examiner.

Vous n'avez pas oublié que, dans le cas de M. Danyau, auquel je viens de faire allusion, un corps fibreux utérin, du poids de 650 gr., paraît s'être développé, pendant une grossesse, dans l'espace de six mois seulement. A ce fait, le seul qui ait été allégué par nos collègues avec un tel cachet de précision, je pourrais en ajouter deux qui offrent la même signification en faveur de la théorie que je discute.

C'est d'abord le cas de d'Outrepont dont j'ai parlé précédemment. Il s'agit d'une femme qui cessa d'être menstruée à l'âge de 45 ans, se maria l'année suivante, et devint presque aussitôt enceinte. A six mois de grossesse, une exploration du ventre permit de constater l'existence de trois tumeurs fibreuses de l'utérus. La plus volumineuse parut être longue de 8 pouces et large de 6. Quant aux deux autres, elles avaient à peu près « 3 pouces de longueur et de largeur. » L'accouchement eut lieu dans le neuvième mois, et la malade mourut d'hémorrhagie quelques instants après la délivrance. Or, à l'autopsie, on trouva que la grosse tumeur, « située au côté gauche de la matrice, avait *dix pouces* de longueur et *huit* de largeur, et que les deux autres, globuleuses comme la précédente, étaient hautes d'un pouce et demi et larges de 3 et demi. » Voilà donc un nouveau cas dans lequel l'une des tumeurs au moins (la plus volumineuse) paraît avoir augmenté, dans l'espace de 3 mois, de 2 pouces en longueur comme en largeur. Quant aux deux autres, l'ambiguïté de la rédaction laisse du doute sur la réalité d'une modification de volume. Mais il n'importe ; les mensurations de la première semblent offrir une précision suffisante.

Le second fait est celui qu'a relaté M. Thibault dans les Bulletins de la Société anatomique. Il est noté dans l'observation, que la femme portait, pendant la grossesse, une tumeur qui « augmenta beaucoup de volume. » Quoique la simple mention d'une augmentation même considérable de volume ne soit peut-être pas de nature à entraîner toutes les convictions, cependant je veux bien accepter le texte ci-dessus comme l'expression exacte de ce qui eut lieu pendant la gestation.

Voilà donc trois observations dans lesquelles les tumeurs utérines paraissent s'être notablement accrues pendant la gestation. Que mes savants contradicteurs veuillent bien, comme l'a fait M. Tarnier, en ajouter d'autres semblables, s'ils en possèdent, peu importe. Quelle

induction décisive pourront-ils en tirer à l'appui de la théorie qu'ils défendent ? Absolument aucune. Pour que ces faits eussent la valeur que nos collègues leur attribuent, il faudrait que semblable hypertrophie n'eût jamais été observée en dehors de la gestation, ou du moins qu'elle fût notoirement plus rare dans la vacuité que dans la grossesse. Or, en est-il ainsi ? Jugez-en plutôt.

La thèse que j'ai déjà citée, du docteur Caternault, peut fournir à cet égard des données tout à fait significatives. Ainsi, dans l'observation II, une tumeur fibreuse avait acquis en 6 ou 7 ans un poids de 7 kilogrammes, c'est-à-dire 1 kilogramme en moyenne par année, et cela en dehors de toute influence due à la grossesse. L'observation VI présente un exemple du même genre, et plus accentué, puisque le fibrome pesait 5 kilogrammes et ne datait que d'une année. Mais voici qui est plus remarquable et plus décisif encore. Dans l'observation I, il s'agit d'une demoiselle de 24 ans, chez laquelle une tumeur fibreuse de l'utérus fut enlevée par M. Kœberlé. Cette tumeur, dont le début ne remontait pas au delà de 5 ans, pesait 33 kilogrammes. Elle avait donc augmenté en moyenne de plus de 6 kilogrammes par année ; et cela, je le répète, en dehors de toute grossesse.

Vous le voyez, messieurs, la tumeur de 650 grammes enlevée par M. Danyau est fort loin d'avoir présenté un accroissement aussi rapide. Et il en est de même des tumeurs de d'Outrepont et du docteur Thibault. On ne peut donc pas invoquer ces faits comme une preuve rigoureuse à l'appui de la doctrine qui est en cause.

Mais M. Depaul a insisté sur une autre particularité. Il a cité quelques faits dans lesquels le fibrome avait progressivement diminué de volume, s'était atrophié, en un mot, à la suite de la gestation. Mon savant maître a particulièrement rappelé l'histoire d'une dame de Laon, chez laquelle, moins d'une année après un avortement au quatrième mois, un fibrome qui remplissait auparavant l'excavation pelvienne avait perdu plus du tiers ou de la moitié de son volume. Et de ce fait M. Depaul conclut que le fibrome avait dû s'hypertrophier pendant la grossesse. Assurément, je ne puis affirmer qu'il n'en a pas été ainsi, car la chose ne présente rien d'impossible. Mais je demanderai si une telle supposition est bien ce qu'il y a de plus probable, et surtout si elle peut constituer une preuve rigoureuse en faveur de la thèse en litige. Comment, en effet, admettre sans une certaine réserve qu'une gestation de quatre mois ait exercé une action si puissante et si prolongée : si *puissante* en provoquant une hypertrophie énorme du fibrome, et si *prolongée* en entretenant pen-

dant plusieurs années un travail atrophique qui, à l'heure actuelle, selon M. Depaul, se poursuit peut-être encore ?

Même en admettant que l'avortement ait été réellement, je ne dirai pas le point de départ (cela est incontestable), mais la cause active ou provocatrice de ce travail atrophique, est-on fondé à conclure que c'est là une preuve que le fibrome s'était hypertrophié dans le cours des quatre mois de gestation ? Je ne le pense pas, et voici pourquoi. D'abord il n'est pas sans exemple que des fibromes utérins se soient atrophiés alors que les femmes n'avaient jamais été enceintes. Cazeaux a cité un cas de ce genre qui se trouve consigné dans nos propres Bulletins (1857, t. VIII, p. 95). Il s'agit d'une jeune personne de Bayonne, qui était atteinte d'une tumeur volumineuse de l'abdomen. Celle-ci, diagnostiquée *fibrome utérin* par MM. Velpeau et Bricheteau, se trouvait six mois après considérablement amoindrie, et, finalement, elle disparut. Ici la grossesse n'avait joué aucun rôle. Pareillement, lorsque M. Cruveilhier dit (*Anat. path.*, t. III, p. 658) : « J'ai vu plusieurs fois des corps fibreux se réduire d'une manière très-remarquable, » il ne mentionne pas que ce soit après un accouchement plutôt que dans les conditions ordinaires. Il est donc très-probable qu'une circonstance aussi propre à frapper l'esprit que l'est un accouchement récent n'eût pas manqué d'être signalée, si l'observation n'avait été faite, au moins quelques fois, en dehors de toute circonstance de cette nature. La simple constatation d'un travail atrophique succédant à une grossesse n'autorise donc pas à conclure que cette atrophie est bien due à la cessation de la grossesse, et moins encore qu'elle est l'indice d'une hypertrophie antérieure développée sous l'influence de la gestation.

Mais voici qui est plus net et plus décisif encore. S'il faut en croire un auteur bien connu de nous tous par la valeur de ses travaux, le professeur Scanzoni, un fibrome volumineux et de *très-ancienne date* serait susceptible de disparaître complétement après une grossesse. Ce passage d'ailleurs mérite d'être cité textuellement : « Nous vîmes, dit le savant gynécologiste, un corps fibreux de la grosseur d'une tête d'homme, dont le diagnostic était parfaitement sûr, disparaître pendant les couches d'une manière si complète, que, six semaines après l'accouchement, l'on ne pouvait plus découvrir une trace de cette tumeur qui avait existé *pendant onze ans* (*Traité prat. des maladies de la femme*, trad. Dor et Socin, Paris, 1858, p. 189). » Ce fait serait vraiment incroyable s'il n'était affirmé par un savant de la valeur de Scanzoni. Mais si on l'admet comme avéré, M. Depaul ne sera pas fondé à conclure de l'atrophie considérable reconnue chez

la dame de Laon, à la certitude que le fibrome s'était hypertrophié pendant les quatre mois de grossesse. La tumeur dont parle Scanzoni s'est atrophiée, comme on le voit, d'une manière bien plus complète et plus rapide ; et cependant elle ne datait pas de la gestation, puisqu'elle existait depuis onze ans.

Pour toutes ces raisons, je crois donc pouvoir légitimement contester la valeur et la signification que mes contradicteurs attribuent, *d'une part*, à l'augmentation de volume des hystéromes plusieurs fois constatée pendant la grossesse, et, *d'autre part*, à l'atrophie de ces tumeurs quelquefois observée après la gestation.

Ah ! il en serait tout autrement s'il s'agissait des mêmes tumeurs dont on aurait suivi l'accroissement dans le cours de la grossesse et la diminution après l'accouchement. Ces deux circonstances, réunies dans une *même observation*, constitueraient, non plus, comme dans les cas précédents, des demi-faits d'une signification très-douteuse, mais des faits complets d'une valeur capitale. Parmi les cas que M. Depaul a relatés devant vous, il en est trois qui présentent à divers degrés ce caractère de rigueur. Je dois le dire, ces trois cas forment un appoint sérieux en faveur de la doctrine, et ils méritent un examen particulier. Mais, avant de l'entreprendre, permettez-moi de répondre en quelques mots à certaines objections qui m'ont été adressées.

Je ne ferai que rappeler ici l'observation, d'ailleurs si intéressante, que M. Guyon m'a opposée, et dans laquelle notre collègue, attribuant à un hystérome des effets qui, selon moi, étaient exclusivement dus à la congestion menstruelle du *tissu utérin*, crut pouvoir conclure *à fortiori*, de ce qui se passait pendant les règles, à ce qui devait avoir lieu pendant la grossesse. En répondant à l'objection de notre collègue dans une de nos récentes discussions, je crois avoir suffisamment indiqué ma manière de voir sur la valeur de ce fait, comme sur celle d'un cas presque identique que M. Bailly a relaté devant la Société. Ces deux observations, à mon sens, ne prouvent pas plus en faveur de la doctrine qu'elles ne tendent à l'infirmer. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage.

M. Guyon m'a objecté encore que, les corps fibreux se développant surtout dans cette période de la vie où la femme est apte à devenir enceinte, il est dès lors extrêmement probable que la grossesse exerce une certaine influence sur la marche de ces tumeurs. Mais, messieurs, pourquoi ne dirait-on pas, en vertu de cette même coïncidence, qu'il est probable aussi que la grossesse engendre les corps fibreux ? Cette dernière hypothèse serait-elle beaucoup plus invrai-

semblable que la première ? Je ne le crois pas. Seulement, dans ma pensée, l'une et l'autre manquent également de preuves. Si la grossesse exerçait cette action sur les corps fibreux, ne devrait-on pas voir que les femmes qui ont eu le plus d'enfants sont aussi celles qui sont le plus souvent affectées d'hystéromes ? Et les vierges, au contraire, ne devraient-elles pas en être plus souvent indemnes que les femmes qui ont eu un certain nombre de grossesses ? Or, loin d'observer de tels résultats, vous savez que des résultats diamétralement opposés ont été longtemps considérés comme étant l'expression exacte des faits. Aujourd'hui, sans partager les exagérations de Bayle, on ne serait cependant pas fondé à admettre, sur ce point, une doctrine égale à la sienne. Rien donc, à mon avis, n'est plus contestable que l'hypothèse formulée par M. Guyon.

A M. Tarnier, qui ne comprend guère comment grossesse et fibrome pourraient vivre côte à côte sans que l'une exerçât sur l'autre une action plus ou moins manifeste, il me sera, je crois, facile de répondre. M. Tarnier ne le comprît-il pas, certains faits *avec autopsie* que j'ai rapportés précédemment, ceux entre autres de Désormeaux, de M[me] Lachapelle et de d'Outrepont, n'en prouvent pas moins de la façon la plus péremptoire que des fibromes peuvent conserver, jusqu'à la fin de la gestation, une dureté fibreuse ou cartilagineuse. Sans doute, en considérant la richesse vasculaire du tissu utérin pendant la grossesse, en considérant son hypertrophie si remarquable, sa vitalité si grande, on se trouve naturellement conduit à penser que les hystéromes doivent participer à cette suractivité de nutrition. On doit le penser d'autant mieux que la constitution anatomique de ces néoplasmes est sensiblement la même que celle du tissu de la matrice. Mais, messieurs, conclure immédiatement, c'est conclure beaucoup trop tôt, parce que l'on a négligé l'une des faces importantes du problème.

En effet, d'une part, s'il est vrai que les hystéromes présentent bien les mêmes éléments anatomiques que le tissu utérin, il est vrai aussi que ce sont seulement les hystéromes en voie de développement, ceux qui n'ont subi encore aucune altération dans leur texture ou leur composition. Mais il en est d'autres qui ont éprouvé déjà ces altérations, qui sont pénétrés de molécules graisseuses, calcaires ou autres, et qui compliquent la grossesse tout aussi bien que les premiers. Pour ces corps fibreux altérés, qui ne sont point rares, vous le savez, mes contradicteurs conviendront que l'argument tiré d'une similitude de structure avec le tissu utérin perd ici toute sa valeur. D'une autre part, que mon ami M. Tarnier veuille bien

se représenter la densité et la dureté habituelles des fibromes, leur absence ordinaire de toute vascularisation, leur privation complète de vrai pédicule, ou plutôt de ***hile nutritif***, l'espèce d'isolement dans lequel ils se trouvent au milieu même du tissu utérin, entourés qu'ils sont d'une enveloppe celluleuse, et parfois d'une véritable bourse séreuse ; que notre collègue considère, en un mot, la vitalité si rudimentaire et si obscure de ces corps parasitaires ; puis qu'il la mette en parallèle avec la vitalité, au contraire, si prodigieuse du fœtus, avec cette richesse vasculaire sans égale du placenta, richesse qui fait de cet organe un instrument d'absorption ; que notre collègue, dis-je, veuille bien se représenter toute cette série complexe de faits anatomiques, et alors il lui sera moins difficile de comprendre comment le fœtus, assimilant à son profit tous les matériaux de nutrition, pourra acquérir en neuf mois plus de 3 kilogrammes de substance, tandis qu'un fibrome voisin, complétement étranger au travail plastique qui l'entoure, ne présentera dans le même temps aucune modification, soit dans son volume, soit dans sa consistance. Ai-je besoin de rappeler ici que l'enfant, né d'une femme atteinte de fibrome utérin, ne le cède en rien, quant au développement, à celui qui est issu de la grossesse la plus normale ? Au reste, quelle que soit la valeur de ces remarques, les faits péremptoires que j'ai cités en disent plus sur ce sujet que toutes les théories et toutes les hypothèses.

J'arrive maintenant aux trois faits que nous a relatés M. Depaul, c'est-à-dire à celui de Mme L... et à ceux que mon savant maître a observés, l'un avec M. Lasègue et l'autre avec M. Rotureau. J'ai déjà dit qu'à mes yeux, ils constituaient un sérieux appoint pour la solution du problème. C'est qu'en effet, à la différence de toutes les observations (sans exception) qui ont été produites jusqu'ici en faveur de la doctrine, eux seuls se présentent avec le caractère de faits *complets*, parce que leur relation embrasse tout à la fois la période de la grossesse et la période qui lui succède. Or, il est aisé de comprendre que, si l'on constate pendant la gestation des modifications de volume ou de consistance dans les fibromes utérins, et que ces modifications, aussi passagères que la gestation elle-même, soient suivies d'un retour à l'état primitif des tumeurs, il est aisé de comprendre, dis-je, qu'on sera dès lors autorisé à croire que ces altérations étaient bien dues à l'existence de la grossesse. Les faits de cette nature offrent donc une valeur exceptionnelle, et ce sont eux qu'il convient de recueillir pour juger la question. Malheureusement, je dois le dire, leur observation rigoureuse est pleine de difficultés.

J'ai déjà fait remarquer dans ma première communication (et

je n'y reviendrai pas) que les fibromes interstitiels et les fibromes sessiles sont quelquefois refoulés et comme expulsés de la paroi utérine par la pression excentrique de l'œuf. Ils deviennent ainsi plus saillants et augmentent de volume pour l'observateur, tandis qu'en réalité leurs dimensions n'ont pas changé. Je sais que M. Depaul n'accepte pas cette manière de voir ; mais l'explication qu'il donne, en opposition avec la mienne, de l'aplatissement de certains fibromes, ne me semble guère admissible en vertu de ce fait, que les hystéromes sont isolés du tissu propre de la matrice par une enveloppe celluleuse plus ou moins complète. Il n'y a pas, en un mot, entre les deux, continuité de tissu. Dès lors on conçoit difficilement que la paroi utérine en se développant puisse, comme le veut M. Depaul, élargir et pour ainsi dire étaler les tumeurs qu'elle recèle dans son épaisseur. J'ajouterai que Churchill, pour se rendre compte des différences complètes de résultats obtenus par Simpson et par lui dans le traitement des hystéromes, formulait déjà, il y a plusieurs années, une opinion analogue à la mienne. « Il faut être en garde, dit-il, contre une disposition anatomique que j'ai rencontrée plusieurs fois ; la tumeur paraît moins grosse quand elle n'est que moins proéminente. Mobile par suite de sa position, elle a été repoussée en arrière et recouverte en partie par les intestins distendus. » (*Churchill ;* traduct. Wieland et Dubresay, Paris, p. 1866, 338.)

D'une autre part, relativement à l'appréciation de la consistance des tumeurs, qu'on veuille bien se rappeler que l'exploration sur le vivant ne peut jamais être directe (à moins qu'il ne s'agisse d'un polype) ; que des couches plus ou moins épaisses de tissus divers séparent toujours le doigt de la tumeur, et enfin que toutes ces couches ou enveloppes étrangères au fibrome participent au ramollissement et à la souplesse du tissu propre de la matrice. Alors, vraisemblablement, on aura ainsi l'explication de ce *ramollissement superficiel* que M. Depaul a constaté dans certains fibromes dont la masse était très-ferme.

En énonçant toutes ces difficultés d'une observation exacte sur le vivant, je ne voudrais pas, messieurs, qu'il fût compris qu'elles détruisent la valeur des faits relatés par M. Depaul. Mieux que personne, mon savant maître, aux côtés duquel j'ai moi-même appris à les connaître, sait les éviter ou, tout au moins, beaucoup les atténuer. Mais il me semble qu'elles doivent, toutefois, servir à distinguer, parmi les trois observations de M. Depaul, deux catégories d'une valeur inégale. La première, composée des deux faits observés avec MM. Lasègue et Rotureau, présente peut-être, en effet, moins

de garantie contre toute inexactitude dépendant des difficultés préindiquées, que la seconde comprenant l'observation circonstanciée de Mme L... Relativement à cette dernière, j'ajouterai même que les détails concernant les deux tumeurs non pédiculées me paraissent, pour le même motif, avoir aussi une valeur beaucoup moins grande que ceux qui ont trait au fibrome pédiculé. Mais, je l'avoue, la relation des modifications éprouvées par celui-ci pendant et après la grossesse me semble se soustraire, par sa grande précision, à toute critique restrictive. Elle constitue donc, à mon avis, un fait d'une valeur capitale pour la solution cherchée ; et peut-être ne serais-je pas éloigné de la regarder comme décisive, si je ne me rappelais cette réflexion de J. Guillemeau :

« De même qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, une seule expérience ne peut faire une science. »

C'est, en conséquence, à une observation ultérieure qu'il appartient de confirmer ou de modifier les résultats consignés dans les trois faits de M. Depaul.

Il me resterait maintenant à examiner si, comme on le suppose, la gestation active réellement la *vascularisation* des fibromes utérins. Mais, sur ce point spécial, nos collègues n'ont produit aucune preuve tendant à infirmer notre opinion. Je ne prolongerai donc pas cette discussion déjà si longue, et pour conclure je dirai :

1° Que sur la question du ramollissement et de la vascularisation des hystéromes *par* la grossesse, le texte de mes premières conclusions me semble devoir être intégralement conservé ;

2° Que relativement à l'hypertrophie, il y a lieu de penser aujourd'hui que l'influence de la grossesse sur sa production est bien réelle, mais vraisemblablement dans des cas fort exceptionnels.

— Avant de terminer, qu'il me soit permis encore de compléter, comme l'a fait M. Depaul pour Mme L..., l'observation de Mme C..., que j'ai relatée dans ma première communication.

Le dernier examen que j'ai pratiqué date du 6 janvier, c'est-à-dire de sept mois et demi après l'accouchement. Il m'a été impossible de reconnaître dans la tumeur la moindre modification, soit dans le siége, soit dans le volume, soit dans la consistance. Le fibrome présente exactement les mêmes caractères que ceux qui existaient sur la fin de la grossesse.

L'état général de la malade reste très-satisfaisant.— L'enfant, d'un développement qui ne laisse rien à désirer, pesait, à sept mois, plus de 9 kilogrammes.

PRÉSENTATION.

M. Leroy d'Etiolles présente un malade auquel il a retiré un calcul engagé dans la fosse naviculaire, au moyen d'une incision pratiquée à de niveau sur la face inférieure du gland, sur le côté du frein. L'incision se guérit spontanément en vingt-quatre heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 10 MARS 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *La Revue d'hydrologie médicale.* — *L'Art dentaire.* — *Les Archives générales de médecine*, numéro de mars. — *Le Journal de médecine de l'Ouest.* — *Le Montpellier médical.* — *Le Sud médical.*

M. le docteur E. LAFAURIE adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur les luxations anciennes*, pour le concours du prix Duval.

M. le docteur VAN DE LOO envoie une brochure intitulée : *le Gyps impressor*, et demande à faire prochainement une communication à la Société.

M. CINISELLI adresse deux brochures : 1° *Degli effetti che si possono ottenare dall'applicazione metodica di due sole lamine elettro-motrici indipendentemente dalle cauterizzazione elettro-chimiche;* 2° *Résumé des études sur la galvano-caustique chimique,* suivies d'une note manuscrite.

De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique du courant continu.

Mon recueil d'*Observations de galvano-caustique chimique,* rapporté brièvement dans le *résumé,* qui parut dans *la Gazette médicale,* 1866,

nos 12, 13, 14, comprend deux cas de polype nasal, à l'égard desquels je signalais un phénomène inattendu qui avait appelé toute mon attention. Dans l'un de ces cas (Obs. XII), les applications de galvano-caustique ayant été séparées l'une de l'autre par de longs intervalles, j'ai observé que la diminution de la tumeur était plus grande que n'eût été la perte de substance résultant d'une cautérisation. Je m'expliquais le phénomène en songeant que le courant électrique, tandis qu'il agit en cautérisant une partie de la tumeur, modifie en même temps sa vitalité, de manière à faire cesser sa nutrition, en produisant un travail régressif et atrophique. En effet, après la dernière séance du 21 juin, n'ayant revu le sujet qu'à la fin de juillet, j'aperçus que la tumeur se présentait encore sous la forme d'un gros bouton d'habit, du diamètre de 3 centimètres, charnu, sans apparence de mortification. L'ayant laissée à elle-même, elle n'existait plus le 30 août suivant. Le volume qu'elle présentait lors de la dernière observation était tel, qu'elle n'aurait pu sortir de la cavité du nez sans difficulté; le sujet nous assura qu'elle n'était pas sortie.

L'observation XIII a trait à un polype qui, après avoir rempli toute la cavité nasale, s'était manifesté à la partie interne de l'orbite, et en occupait presque la moitié. Ayant attaqué par la galvano-caustique chimique la tumeur orbitaire jusqu'au niveau de son passage de la cavité du nez, on vit, de l'une à l'autre séance, une diminution de volume toujours plus grande de celle qui aurait répondu à la destruction opérée par la cautérisation. Mais, il y a plus : mon attention fut frappée, en voyant disparaître la tumeur qui occupait toute la partie antérieure de la cavité nasale, naissait de la partie externe et inférieure de la narine, ayant l'apparence d'une grande hypertrophie charnue de la muqueuse, sur laquelle n'avait jamais été portée l'action directe du courant électrique.

Dans ma lettre, qui accompagnait le recueil susdit, présenté à cette honorable Société par M. Velpeau dans la séance du 17 janvier 1866 (voir le *Bulletin* et la *Gazette des Hôpitaux*, 1866, no 11), j'ai signalé ces deux faits en particulier, en rappelant votre attention à considérer : « que la diminution des tissus pathologiques, traités par la galvano-caustique chimique, n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée; qu'elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des escarres; que le tissu pathologique des escarres occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité comme après la chute des escarres faites par les caustiques chimiques, et que la masse de ce tissu, qui sem-

ble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur elle-même d'une manière sensible et extraordinaire. » Je finis ma lettre, faisant le vœu que des observations nombreuses puissent confirmer ces faits.

Ils n'ont pas manqué, en effet, d'arrêter votre attention, puisque, dans la discussion ultérieure, regardant le traitement des polypes naso-pharyngiens, M. A. Guérin dit : « S'il est démontré que l'électro-chimie fonde les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte ; mais que l'inventeur me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour l'admettre. »

Sur le phénomène dont il est question ici, j'ai rappelé aussi l'attention des lecteurs de la *Gazette médicale,* dans le *résumé* susdit, où j'ai dit vers la fin : « On s'est borné jusqu'ici à considérer l'action chimique de l'électricité dans ses manifestations matérielles et visibles ; il faut pousser les recherches dans l'intérieur des tissus, où son action n'est pas arrivée au degré nécessaire pour produire la mortification, mais elle a dû cependant altérer les éléments organiques. »

Dans un autre travail, publié en 1867, *sur les effets qu'on peut obtenir par l'application de deux seules lames électromotrices,* dont je vous présente maintenant un exemplaire, j'ai répété (page 6) « que les effets cliniques du courant électrique ne se limitent pas à la cautérisation; mais qu'ils s'étendent à l'intérieur des tissus organisés, et que les effets qui se manifestent sont tout à fait indépendants d'elle, de sorte qu'on peut les obtenir aussi sans elle. Des effets de ce travail, qu'on peut regarder comme électro-chimique moléculaire, on trouve une preuve dans la résolution des hypertrophies glandulaires, obtenue sans l'action du courant électrique, par Reimak, par Massé, par Boulu.

Le changement chimique moléculaire opéré par le courant dans l'intérieur des tissus a été démontré enfin, d'une manière incontestable, par les expériences que M. Matteucci a communiquées à l'Académie des sciences (*Gazette médicale*, 1867), par lesquelles on apprend que dans les tissus traversés par le courant, selon qu'ils sont doués de polarité plus ou moins prononcée, il se forme une pile secondaire, en sens inverse à celle du courant originaire, qui dure aussi après l'action de celle-ci. Cette démonstration du changement chinique moléculaire, par effet du courant électrique, démontre aussi la possibilité du phénomène que j'ai observé, et en expliquerait en quelque sorte le mécanisme.

Après les deux cas suscités, j'ai eu encore occasion, en septembre 1864, de voir disparaître par l'action du courant, et sans cautérisation, une tumeur sous-cutanée de la paupière supérieure, datant presque d'un an, et arrivée à la grosseur d'une noisette, diagnostiquée pour un lipome. Elle disparut complétement peu de temps après l'avoir assujettie au courant continu de la durée de 10 minutes, pour 5 jours consécutifs; le courant provenant de ma pile à 25 couples, le réophore positif appliqué sur la tumeur par l'intermédiaire d'un plumasseau imbibé d'eau salée, le négatif à la joue correspondante.

Une autre tumeur, de nature lymphatique, siégeant au centre de la glande mammaire d'une jeune scrofuleuse, datant de 4 ans, arrivée à la grosseur d'un œuf de poule, réfractaire au traitement résolutif local et général, après être restée un an sans traitement, et se montrant en voie de progrès, a été enfin assujettie au courant continu, par l'application de deux lames électromotrices. (Voir mon travail sur ces applications, Obs. I.) J'ai vu dans ce cas le décroissement graduel de la tumeur, tel qu'après deux mois et demi son volume était réduit à la moitié. L'indocilité du sujet et son éloignement m'ont empêché de continuer le traitement et de me tenir au courant des changements consécutifs.

Les recherches de Bois-Raymond, de Reimak, de Matteucci, sur les effets du courant électrique continu, ont été suivies de l'important travail de MM. Onimus et Legros, qui a paru dans les comptes rendus de la Société de biologie (*Gazette médicale*, 1868), et dans la *Gazette des Hôpitaux* de cette année, nos 7, 13. Ces auteurs, après avoir démontré les différences entre l'action des courants d'induction et des courants continus, et l'influence de ces différents courants sur la nutrition, sont arrivés à conclure « que les courants continus ont une influence directe sur tous les éléments anatomiques, en augmentant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose et les phénomènes de combinaisons cliniques. » Le travail est suivi par des observations démontrant les effets du courant continu sur la nutrition.

Cette observation vient appuyer les faits que j'ai rapportés, concernant la diminution et la résolution totale de tumeurs de nature différente, obtenues par l'action du courant continu, indépendamment des cautérisations électro-chimiques. La théorie développée par ces savants auteurs vient aussi confirmer l'idée que je m'étais formée d'un changement chimique moléculaire dans l'intérieur des tissus par l'action électro-chimique du courant continu.

Fracture de la clavicule. — M. BAISEAU adresse la note suivante :

« Le mémoire intitulé : *De l'inutilité des appareils et bandages dans le traitement des fractures de la clavicule*, que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement éclairé de la Société de chirurgie, a donné lieu à une discussion dans laquelle plusieurs chirurgiens se sont élevés contre l'abstention de tout bandage dans le traitement des fractures. Le titre de ce travail devait inévitablement me faire attribuer une opinion sur laquelle je crois devoir m'expliquer.

« Mon but, en appelant l'attention de la savante Société sur le traitement des fractures de la clavicule, n'a pas été de condamner d'une manière absolue l'emploi des appareils et des bandages dans ces fractures, mais de démontrer par des faits que l'on peut sans inconvénients diminuer considérablement la durée de leur application, car je propose de supprimer la contention dès que la douleur de l'épaule a disparu, ce qui a lieu ordinairement du dixième au douzième jour. Les malades n'exécutent d'abord que quelques légers mouvements, mais au bout de quelques jours ils se servent de leur membre fracturé pour les besoins ordinaires de la vie.

« Toutefois, en les autorisant à en faire usage, je leur défends les efforts et les mouvements étendus, et je leur recommande de conserver, autant que possible, la position qui s'oppose le plus au chevauchement des fragments.

« Je ne doute pas que cette pratique ne se généralise, car elle a pour avantage de rendre plus vite aux blessés un membre qui leur est d'une grande utilité, et d'éviter la roideur de l'épaule, qui suit souvent une immobilité prolongée. »

Prix Édouard Laborie.

Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de chirurgie de Paris, a fait don à cette Société d'une rente annuelle de 1,200 francs, affectée à la fondation d'un prix annuel qui prendra le nom de *prix Édouard Laborie*.

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Dans le cas où le prix ne serait pas donné, soit faute de compétiteurs, soit en raison de l'insuffisance des mémoires, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le n° 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours du prix Édouard Laborie.

La Société de chirurgie, voulant rendre hommage à la mémoire du docteur Laborie et à la générosité de sa veuve, pense que, pour inaugurer la fondation du prix Édouard Laborie, il convient de mettre au concours, pour 1869, un sujet de chirurgie étudié par feu le docteur Laborie, et propose la question suivante :

« *De la valeur relative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne, sus-malléolaire.* »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, avant le 1er novembre 1869.

A partir de l'année 1870, et pour les années 1871, 1872, 1873, 1874, le choix du sujet sera laissé à la libre disposition des compétiteurs. Le sujet du concours sera de nouveau indiqué pour l'année 1875, redeviendra libre pour une nouvelle période de six ans, et ainsi de suite.

Discussion sur les corps fibreux de l'utérus.

M. BLOT. Mon intention n'est pas de faire un discours; elle est encore moins de faire une leçon et de convertir cette tribune, consacrée aux discussions entre collègues, en une chaire de pathologie chirurgicale.

M. Tarnier, dans son discours, a étayé d'une statistique les opinions qu'il a émises; mais une statistique n'est bonne qu'à la condition qu'on y fasse entrer des observations similaires, des faits de même nature. C'est ce que notre collègue a été loin de faire, car, dans le tableau qu'il nous a présenté, des faits bruts seulement sont produits, et il n'est pas tenu note des diverses conditions du volume, des adhérences du siége précis, de la mobilité, de la consistance, de l'ancienneté des tumeurs. Ainsi, pour ce qui concerne les applications de forceps, huit fois on a pu faire l'accouchement. Mais à quel moment le forceps a-t-il été appliqué? Cela n'est pas indiqué. Or, il y a de grandes différences dans les chances de succès, selon qu'on

l'applique lorsque l'accouchement a commencé depuis deux jours, ou si le début du travail ne date que de quelques heures; si on y a recours dans un cas où l'accouchement spontané avait chance de s'opérer sans aucune intervention chirurgicale. Ce que je dis pour le forceps, je pourrais le répéter pour la version. Tout ce qui ressort de l'examen du tableau de M. Tarnier, c'est que, dans un sixième des cas, l'accouchement a pu s'opérer spontanément.

Arrivons maintenant à ce qui concerne la marche de ces tumeurs. M. Guéniot nous l'a déjà dit, les faits de ramollissement apportés par M. Tarnier ne prouvent rien, car il eût fallu démontrer tout d'abord que ces corps, avant d'être mous, avaient été durs. L'influence de la grossesse sur ces tumeurs est probable, elle n'est pas prouvée; mais toutes ces discussions doivent concourir à donner la solution d'une question de thérapeutique, c'est là le point important. Faut-il intervenir par l'accouchement prématuré? Faut-il attendre la fin de la grossesse?

L'accouchement prématuré n'est pas une opération à laquelle on puisse toujours recourir. Dans un cas observé par moi, à 7 mois le bassin était complétement rempli par la tumeur fibreuse. Pour pratiquer l'opération, il eût fallu faire d'abord la rétropulsion, qui n'était pas possible à cette époque, malgré le prétendu ramollissement de la tumeur.

J'ai été témoin d'un cas dans lequel il y eut ramollissement, et même disparition par suppuration d'une partie notable de la tumeur, et cependant la femme n'était nullement enceinte. Il s'agissait d'une jeune Péruvienne, portant une tumeur fibreuse qui avait donné à l'utérus le volume qu'il a au cinquième mois de la grossesse. La vessie était refoulée en avant, comprimée contre le pubis; de là un besoin d'uriner, lequel, reparaissant toutes les dix minutes, empêchait cette pauvre femme de sortir de chez elle et de vivre de la vie du monde. Nous prescrivîmes de l'iodure de potassium. Tout à coup, sans que rien l'ait fait prévoir, la malade rendit du pus par le vagin. Je fus prévenu, et je constatai que la tumeur, que je n'avais pas vue depuis 15 jours, avait diminué de plus de moitié. Depuis cette époque, cette dame peut rester quatre heures sans avoir besoin d'uriner.

Si pareille chose fût arrivée pendant une grossesse, on aurait certainement attribué à la suractivité physiologique de l'utérus le ramollissement de cette tumeur.

En résumé, mes conclusions ne sont pas modifiées.

Il faut s'abstenir en surveillant les malades, et n'intervenir qu'à la

fin de la grossesse; mais nous ne sommes pas encore en mesure d'établir de quelle manière il faut intervenir par le forceps, la version, l'accouchement provoqué, etc.

M. TARNIER. J'ai à répondre à la fois à MM. Guéniot et Blot. L'argumentation de M. Guéniot peut se résumer ainsi :

Je prouve, par de nombreux exemples, que les tumeurs fibreuses de l'utérus, chez une femme non enceinte, peuvent se ramollir ou s'hypertrophier. Je crois qu'il y a deux formes de ramollissement : l'assouplissement de la tumeur, sa fonte purulente. Or, dans le cas de M. Guéniot, il y avait, non assouplissement, mais fonte purulente ; et je dirai à M. Guéniot : Chez les femmes non enceintes, ces tumeurs s'hypertrophient et se ramollissent; il serait étrange qu'il en fût autrement par ce seul fait qu'il y a grossesse.

M. GUÉNIOT. Cela est incontestable.

M. TARNIER. Mais M. Guéniot ajoute : Quand la tumeur se ramollit chez une femme enceinte, ce n'est pas à cause de la grossesse, mais seulement par suite de la nature même de la tumeur. Cette question peut seulement être résolue par l'observation clinique ; au point de vue de la thérapeutique, je crois que nous sommes à peu près d'accord, c'est là en définitive le point essentiel.

J'arrive maintenant à l'argumentation de M. Blot, et je crois nécessaire d'indiquer le point de départ du débat, puisque dans la discussion il y a été souvent fait allusion par quelques-uns de mes contradicteurs. Une femme, observée par M. Guéniot, porte une tumeur fibreuse de l'utérus, elle est enceinte et ne doit pas tarder à accoucher ; nous nous réunissons autour de son lit; je propose la version. MM. Blot et Depaul la repoussent, et M. Guéniot émet, très-amicalement du reste, l'opinion qu'une telle pratique aurait constitué une faute grave.

Je croyais au contraire que cette conduite était la meilleure à tenir dans ces circonstances, et c'est aux faits antérieurs que je me suis adressé, pour savoir qui de nous était dans la vérité de l'expérience.

J'ai pu réunir 42 faits, je m'en suis servi. Fallait-il attendre que j'en eusse 400 ? Mais, outre que j'aurais pu attendre inutilement, si ces faits se fussent produits de mon temps, d'autres observateurs en eussent demandé 4,000. Cet éternel reproche qu'on fait à la statistique n'est pas fondé; il ne s'agit pas de résultats de chiffres, il s'agit de résultats d'observations rapprochées les unes des autres et étudiées comparativement. D'ailleurs, est-ce que M. Blot ne fait pas lui-même de la statistique, quand il nous oppose les trois cas qui

lui sont personnels? seulement, sa statistique ne comprend que trois cas.

La réduction de la tumeur est une chose utile ; on la produit quand on fait la version. Cette réduction n'est pas dangereuse, à une condition toutefois, c'est qu'elle soit faite avec prudence. M. Stolz la place au premier rang parmi toutes les méthodes, et il la propose non-seulement pendant l'accouchement, mais même pendant toute la grossesse.

M. Blot repousse l'accouchement prématuré. Je l'ai fait une fois : la femme est aujourd'hui bien portante ; l'enfant, il est vrai, a succombé, mais par suite de circonstances particulières qui ne sont pas en rapport direct avec l'opération. D'ailleurs, peut-on savoir comment les choses se présenteront à la fin de la grossesse, et ne peut-on pas être autorisé à croire qu'un fœtus de 7 mois passera là où un fœtus de 9 mois ne pourra plus passer?

M. Blot veut qu'on attende; mais, quand on aura bien attendu, est-ce que la tumeur aura disparu? est-ce qu'il ne faudra pas toujours agir? Sans doute nous ne pouvons encore formuler la conduite à tenir; mais nous pouvons dire : On peut avoir recours à la version, au forceps, à la rétropulsion de la tumeur, et il ne faut pas, lorsqu'on peut faire autrement, recourir à l'opération césarienne.

M. BLOT. M. Tarnier, en s'appuyant sur une statistique incomplète, agit comme le constructeur imprévoyant qui construit sa maison parce qu'il a sous la main quelques matériaux à utiliser, mais qui, arrivé au faîte, en manque pour construire le toit.

Je ne crois pas, je le répète, qu'on doive intervenir absolument pendant la grossesse, et comme l'expectation me paraît préférable, je crois bon, sauf circonstances particulières, d'attendre jusqu'au moment de l'accouchement.

M. TARNIER. Je ne veux répondre qu'un seul mot à M. Blot, par rapport à ma statistique : Mieux vaut élever une maison sans toit, qu'un autre peut couvrir avec de nouveaux matériaux, que de laisser les matériaux enfouis au fond de ses carrières.

Rapport sur une observation de trépanation du crâne.

M. LÉON LE FORT. M. Paul Horteloup vous a présenté une observation suivie de réflexions ayant trait à un cas de trépanation par une fracture du crâne avec enfoncement. Cette observation présente un intérêt qu'augmente le souvenir d'une récente discussion sur l'utilité et les inductions de la trépanation. Il s'agit d'un

homme de 22 ans, ayant reçu, quelques heures auparavant, dans la région frontale gauche, un coup de pied de cheval ayant amené une fracture avec enfoncement de la partie correspondante du coronal. Sauf un peu d'hébétude, le malade ne présente aucun trouble de l'intelligence; cependant M. Guyon, par une sage précaution, fit aussitôt une saignée de 250 grammes. M. Horteloup remplace le lendemain notre collègue, et pendant huit jours l'état du malade reste satisfaisant.

Mais le huitième jour, M. Horteloup trouve le malade dans une prostration profonde; la face est rouge, vultueuse, la peau chaude et le pouls à 105 pulsations; le côté droit de la face, le bras et la jambe droite sont paralysés, mais s'il y a paralysie, il y a en même temps roideur et légère contraction des membres soustraits à l'action de la volonté. En ces circonstances, M. Horteloup crut devoir faire la trépanation; mais il ajoute qu'il ne s'est décidé à pratiquer cette opération que sous l'influence des opinions émises à cette tribune par M. Legouest et par moi-même. Mis ainsi directement en cause, votre rapporteur doit faire quelques réserves sur l'interprétation donnée à ses opinions; car, sans critiquer la conduite de M. Horteloup, très-justifiée dans ces circonstances, je crois pouvoir dire que dans ce cas je n'eusse pas trépané. En voici les raisons : mes recherches sur la trépanation et sur les rapports existant entre les symptômes et les lésions cérébrales m'ont conduit à établir que l'opération est indiquée toutes les fois qu'il y a soupçon de compression cérébrale indiquée par l'hémiplégie ou le coma secondaires, existant seuls ou compliqués de convulsions sans coïncidence de fièvre; qu'elle est contre-indiquée quand il y a coma primitif, c'est-à-dire soupçon d'une destruction plus ou moins étendue du centre cérébral; fièvre et convulsions, c'est-à-dire soupçon d'une encéphalite contre laquelle le trépan est impuissant. Or, dans l'observation de M. Horteloup, le malade présente, il est vrai, de l'hémiplégie survenue le huitième jour, mais il présente en même temps de la fièvre (pouls à 105), de la congestion vers la face, c'est-à-dire les signes, non de l'irritation d'un point du cerveau par une esquille, mais d'une encéphalite développée autour d'une contusion cérébrale. On pouvait trépaner, on était autorisé à le faire, le doute étant permis sur la cause des accidents; mais je crois, je le répète, que je ne l'eusse pas fait, et je n'en veux pour preuve que ma conduite dans un cas analogue. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de juillet dernier, je reçus dans mes salles un homme portant une fracture avec enfoncement du frontal gauche,

comme dans le cas de M. Horteloup. Il y avait aussi un peu d'hébétude, affaiblissement de la motilité dans le côté droit, paralysie du moteur oculaire commun, mais, toujours comme dans le cas de M. Horteloup, congestion vers la face et accélération considérable du pouls. Je ne crus pas devoir trépaner. J'eus recours, comme cela m'était déjà arrivé deux fois, et avec succès, dans des fractures de la base du crâne et du rocher, à l'opium à hautes doses et à l'application d'une sangsue à l'apophyse mastoïde, de manière à obtenir un écoulement de sang permanent. Quarante sangsues furent ainsi, en trois jours, successivement appliquées, et le malade sortit de l'hôpital ne conservant qu'une légère difformité tenant à l'enfoncement du frontal, et un strabisme tenant à la paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche. Du reste, la suite de l'observation de M. Horteloup montre le peu d'utilité du trépan dans cette circonstance. Le lendemain, le pouls est plus accéléré, les convulsions du côté paralysé plus violentes; elles deviennent, suivant les termes de l'observation, affreuses pendant la journée, et le malade meurt pendant la soirée. Or, l'autopsie montre un ramollissement notable du cerveau dans la partie correspondant à la fracture, et une méningite aiguë caractérisée par une couche de pus recouvrant le lobe gauche et s'insinuant dans les sillons des circonvolutions. Le trépan n'a sans doute rien ajouté à la gravité de l'état dans lequel se trouvait le malade, mais il ne pouvait en rien le diminuer, et la médication antiphlogistique, employée dès le début par notre collègue M. Guyon, me paraît, mieux que la trépanation, appropriée à la thérapeutique de pareils accidents.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 17 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeuti-*

que. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

Compte rendu de la séance solennelle (1868) *de l'Association médicale de Loir-et-Cher.*

I corpi considérati come chimiche individualita. — Dissertation présentée à l'Université de Bologne par le docteur Antonio Mazzoni, de Ravenne.

M. Verneuil offre à la Société : 1° l'importante thèse inaugurale de M. R. Good : *De la résection de l'articulation coxo-fémorale;* — 2° la thèse de M. F. Talazac : *Des tumeurs de la glande sous-maxillaire.*

Demandes de congé par MM. Dolbeau, Guyon et Guéniot.

M. Brown Sequart, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURES

M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil.*

RAPPORTS

M. LIÉGEOIS lit un rapport sur un travail de MM. Legros et Onimus sur l'emploi du courant électrique continu contre les accidents déterminés par la chloroformisation.

De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme.

par MM. ONIMUS et TH. LEGROS.

Le 9 mars 1868, nous avons fait à l'Académie des sciences une communication sur le même sujet; depuis, nous avons recueilli des faits nouveaux, et nous venons, remplis de confiance dans l'efficacité de notre procédé, solliciter l'attention de la Société. Nous indiquerons d'abord brièvement en quoi consiste notre méthode, qui est d'une grande simplicité; il suffit, dès que la respiration s'arrête, d'appliquer les deux pôles d'un appareil électrique à courants constants et continus, l'un (le négatif) dans la bouche, et l'autre (le positif) dans le rectum; on voit immédiatement réapparaître la respiration et la circulation. Ce n'est pas par hasard que nous avons employé ce procédé, qui est basé sur des notions physiologiques faciles

à démontrer ; c'est dans le cours d'un travail purement scientifique sur l'action des courants continus que, frappés de l'influence de ces courants sur la respiration et les mouvements du cœur, nous avons songé à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration, une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle.

Nous avions entre les mains un moyen de ranimer les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente.

Le succès a dépassé nos espérances, et, malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux, soumis à l'action des anesthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie.

Des chiens, des rats, des lapins nous ont présenté cette sorte de résurrection ; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi satisfaisants.

Nous ne vous fatiguerons pas du récit de nos expériences ; un fait suffira.

Dans un laboratoire situé à côté de celui où était installé notre appareil à courants continus, on cherchait à endormir un chien par le chloroforme pour pratiquer une opération ; le chloroforme, donné sans ménagement, amena l'arrêt du cœur et de la respiration ; on se hâta de pratiquer la respiration artificielle, qui échoua ; alors on songea à nous apporter le chien. Il fallut détacher l'animal et le transporter dans la chambre où nous étions ; malgré cette perte de temps, les courants continus ranimèrent le chien ; je dois dire, de plus, que l'expérience a été faite devant des incrédules qui ont été convaincus.

Nous avons employé l'appareil Remak ; on pourrait également se servir des piles au sulfate de plomb ; l'important est d'avoir une tension forte et des effets chimiques modérés ; l'appareil Remak remplit complétement ce but, mais il y a un grand inconvénient : il n'est pas portatif ; il serait facile, il est vrai, d'avoir ces piles sous la table dans les salles d'opération ; en ville le transport est incommode ; plusieurs constructeurs cherchent en ce moment à fabriquer des piles portatives et rendant d'ailleurs les mêmes services que les piles Remak ; s'ils réussissent, le seul inconconvénient qui existe sera supprimé.

Au début de nos expériences, nous pensions qu'il serait nécessaire,

pour l'homme, d'employer un grand nombre d'éléments; nous sommes convaincus aujourd'hui que 20 piles Remak suffiraient; nous nous servons de 10 piles pour un chien.

La seule précaution à prendre dans l'application de l'électricité, c'est d'éviter les interruptions ; le courant doit passer d'une façon continue jusqu'à ce que la respiration soit complétement rétablie ; on cesse alors d'électriser ; si la respiration faiblissait de nouveau, on recommencerait.

Nous ne passerons pas en revue les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme ; tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle, ont été inutiles ; nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complétement les battements du cœur affaiblis par les anesthétiques, c'est de faire passer un courant d'induction ; on doit donc redouter l'emploi de ces appareils, qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter.

Nous avons constaté que les courants continus, dont l'action est complétement différente, agissent favorablement sur le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote ; ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans certains cas, il y a une lésion du sang contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait, néanmoins, tenter leur emploi dans l'asphixie des nouveau-nés.

Mais il est un accident terrible où leur efficacité est vraiment admirable : c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante. Nous avons vu sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration ; en cessant l'électrisation, la syncope reparaissait pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista, l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une autre opération.

Certainement, dans les cas désespérés où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang ; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente, et exigent des mains habiles ; avec les courants continus, le danger est nul, l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion du sang.

En résumé, dans tous les cas où il y a arrêt des mouvements du

cœur et de la respiration sans altération du sang, et spécialement dans les accidents dus au chloroforme ou à la syncope, l'emploi des courants électriques continus l'emporte sur tous les autres moyens préconisés jusqu'à ce jour, et sont destinés à rendre de grands services.

Nous voudrions vous communiquer nos convictions à cet égard, et nous sommes prêts à répéter nos expériences devant vous ou devant une commission, si vous le jugez à propos.

Nous tenons avant tout à répandre un procédé qui peut assurer la sécurité du malade et du chirurgien.

Dans nos deux graphiques pris sur un chien et sur un cobaye, on voit nettement la respiration, arrêtée par le chloroforme, se montrer de nouveau dès que l'on électrise de la façon que nous avons indiquée.

RAPPORT *lu à la Société, dans la séance du* 17 *mars* 1869, *sur un travail de MM. Legros et Onimus, intitulé : « De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le « chloroforme. »*

Membres de la commission : MM. Broca, Paulet ;
Liégeois, *rapporteur.*

Messieurs,

Le 10 décembre, M. Legros, en son nom et en celui de M. Onimus, vous a lu une note sur l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme. A la fin de cette note, ses auteurs exprimaient le désir de communiquer à la Société leur conviction, et s'offraient à répéter devant les membres qui le désireraient les expériences sur lesquelles reposait leur travail. La question des moyens à opposer aux accidents, trop souvent mortels, provoqués par le chloroforme, intéresse à un trop haut titre la chirurgie, pour que l'on restât, dans cette enceinte, indifférent aux tentatives dirigées dans cette voie, surtout quand celles-ci sont faites par des hommes laborieux et à qui la science est redevable de travaux importants.

La proposition de MM. Legros et Onimus fut donc acceptée avec

empressement, et une commission, composée de MM. Broca, Paulet et Liégeois, fut chargée d'examiner la valeur de leurs recherches.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte des impressions que nous ont laissées les expériences de ces physiologistes, expériences qui ont été répétées devant nous, dans un des laboratoires de la Faculté. Auparavant, je dois dire qu'entraîné et par l'attrait du sujet et par le désir de remplir consciencieusement ma tâche de rapporteur, j'ai fait dans mon cabinet un certain nombre d'expériences que je chercherai à utiliser; mais, comme elles n'ont point eu pour témoins MM. Broca et Paulet, je dois déclarer que seul j'assume la responsabilité et de leur exactitude et de leur interprétation.

Les expériences qui ont été faites tout d'abord devant nous ont été les suivantes : trois rats albinos ont été successivement placés sous une cloche de verre, haute environ de 30 centimètres, large de 15, avec une éponge sur laquelle on avait versé une certaine dose de chloroforme.

Le premier rat fut retiré de la cloche alors que la respiration avait complétement cessé, que toute trace de sensibilité et de mouvement volontaire avait disparu; mais les battements du cœur étaient encore manifestes. Les deux pôles d'une pile de Remak furent alors introduits, l'un, le négatif, dans le rectum, l'autre, le positif, dans la bouche. Le courant traversa l'animal quelques secondes; puis on enleva les réophores, et peu après on aperçut des mouvements respiratoires d'abord rares, irréguliers, saccadés, puis plus fréquents, rhythmiques. En même temps, les battements du cœur augmentèrent, la sensibilité et les mouvements généraux reparurent. L'animal était rendu complétement à la vie.

Le second rat fut retiré de la cloche à peu près dans les mêmes conditions que le précédent, seulement les mouvements du cœur étaient moins perceptibles que chez le précédent. Chez celui-ci, le courant continu fut impuissant pour le ramener à la vie.

Chez le troisième rat, la respiration avait complétement cessé, ainsi que la sensibilité et les mouvements généraux; mais les battements du cœur, quoique ralentis, persistaient d'une façon manifeste. Le passage du courant continu amena identiquement le même résultat que chez le premier rat, c'est-à-dire l'augmentation des battements cardiaques, le retour de la respiration, de la sensibilité, des mouvements volontaires.

Malgré le vif intérêt qui s'attache à ces expériences, votre commission a dû reconnaître qu'elles ne répondaient pas exactement au titre de la note qui vous a été lue : *De l'emploi du courant électrique*

continu contre les syncopes et les accidents causés par le chloroforme. L'absence de mouvements respiratoires chez les deux animaux qui vécurent, coïncidant avec la continuation des battements du cœur, battements lents, peu intenses, il est vrai, constitue un caractère suffisant pour qu'il n'ait pas été douteux pour nous que la mort apparente chez nos rats était due à l'asphyxie et non à la syncope. Ces expériences ne sont donc rigoureusement applicables, chez l'homme, qu'à l'asphyxie chloroformique, accident qui chez celui-ci amène moins souvent la mort, et qui est plus facile à combattre que la syncope chloroformique. C'est là une vérité qui, je me plais à le dire, est sortie triomphante, surtout du sein de cette Société, dans les mémorables discussions qui ont eu lieu à ce sujet, principalement dans celles de 1853.

Réduite dans ses applications à l'asphyxie chloroformique, la galvanisation, telle que la proposent MM. Onimus et Legros, est assurément d'une efficacité incontestable. Les animaux qui furent soumis à son action, et chez lesquels l'activité vitale ne se manifestait plus que par de lents et rares battements cardiaques, pouvaient être considérés comme livrés à une mort certaine si on les eût abandonnés à eux-mêmes. Notre éminent collègue, M. Maurice Perrin, rapporte, dans son Traité d'anesthésie chirurgicale, que douze fois il a laissé sans secours des chats, des chiens, des lapins, chez qui les inhalations chloroformiques avaient fait cesser complétement la respiration, les mouvements du cœur persistant encore, et chaque fois la mort survint. On ne peut donc mettre en doute que c'était bien au courant continu que les rats que nous observions devaient leur rappel à l'existence.

Après avoir constaté ces résultats expérimentaux, nous avons dû prier MM. Legros et Onimus de vouloir bien répéter l'expérience avec un courant intermittent, dont ils contestent dans leurs notes l'efficacité en ces termes : « Nous ne passerons point en revue, disent-ils, les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme; *tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle, ont été inutiles;* nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction, qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complétement les battements du cœur, affaiblis par les anesthésiques, c'est de faire passer un courant d'induction. On doit donc redouter l'emploi de ces appareils, qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter. »

Sur la demande que nous fîmes à MM. Legros et Onimus de vou-

loir bien essayer devant nous l'influence du courant d'induction, un rat fut chloroformé sous la même cloche et de la même façon que les premiers. Il en fut retiré alors que la respiration, la sensibilité et les mouvements généraux étaient complétement abolis, tandis que les battements du cœur, très-affaiblis, persistaient encore. On fit ensuite passer le courant d'un appareil de Dubois-Raymond, de la bouche à l'anus.

Seulement, afin de nous rapprocher autant que possible avec notre appareil du peu d'intensité du mouvement continu, nous priâmes ces messieurs de se servir du courant le plus faible que l'on pourrait obtenir. Ce courant passa quelques secondes seulement, et presque aussitôt son interruption, les mouvements respiratoires reparurent, les battements du cœur augmentèrent, puis la sensibilité, les mouvements volontaires revinrent insensiblement. L'animal fut sauvé.

Depuis notre réunion, j'ai pu, dans mon cabinet, obtenir sur des lapins, presque à volonté, le même résultat, peut-être plus régulièrement encore, en atténuant davantage l'intensité du courant d'induction, à la condition toujours que les mouvements du cœur soient encore perceptibles à la main. Pour cela, il m'a suffi de placer sur le trajet d'un des réophores d'une pile Legendre un tube rempli d'eau distillée. J'ai pu constater, de plus, à l'aide d'une aiguille fixée dans le cœur de l'animal, que le cœur battait encore dix à quinze minutes alors qu'il n'était plus perceptible à la main. Le courant électrique cessait, par conséquent, d'agir bien avant la disparition totale des battements cardiaques.

Si maintenant, au lieu de prendre des courants d'induction de faible intensité, je me servais de courants d'intensité forte, jamais mes animaux ne se ranimaient.

Ajoutons, pour rendre justice à qui de droit, que nous ne sommes pas les premiers qui aient constaté l'efficacité des courants d'induction appliqués sur les centres nerveux. Ainsi Jobert, dans un mémoire intitulé : *De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques*, s'exprime ainsi : « De mes expériences il ressort clairement que, lorsque le cœur a cessé de fonctionner pendant quelques instants, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus ; mais tant qu'on n'est pas arrivé là, on doit conserver l'espoir de ranimer l'existence prête à s'éteindre. Il n'y a pas de moyens plus énergiques que l'emploi de l'électricité ; c'est ce que reconnaîtront, je l'espère, tous ceux qui prendront connaissance de mon Mémoire. » Et Jobert propose, au lieu d'appliquer l'électricité à l'aide d'éponges placées sur diverses parties du corps, comme quelques-uns l'ont fait,

de faire traverser par un courant le corps de l'animal, de la bouche à l'anus, et, dans les cas extrêmes, de recourir à l'électro-puncture.

« Dans certaines circonstances, ajoute-il, où la circulation et la respiration ne reprennent pas subitement, il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain temps. On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions. »

Dans son remarquable rapport, en 1853, à la Société de chirurgie, Robert s'exprime ainsi : « J'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsque, au contraire, on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, les mouvements du cœur, toutefois persistant, quoique à un faible degré, il m'a toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Des aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode et dont les effets sont puissants. A la première décharge, une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis, à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et, en peu de temps, l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment. Enfin, une commission nommée par la Société médicale d'émulation, dans le but d'étudier la question du chloroforme, s'est assurée également que l'excitation générale produite au moyen d'un courant d'induction dirigé de la bouche au coccyx ne ranimait pas les animaux chez lesquels les battements du cœur avaient disparu, tandis que quand ceux-ci persistaient, la vie pouvait être facilement rappelée. »

Toutes ces observations démontrent donc, de la façon la plus péremptoire, que les courants d'induction n'ont pas, quand ils passent à travers les centres nerveux, l'influence funeste que leur accordent MM. Legros et Onimus. Si ces physiologistes n'ont pu réussir à rappeler à la vie, par ce courant, les animaux sur lesquels ils expérimentaient, c'était, ou parce que le cœur était arrêté, ou parce qu'ils employaient des courants trop violents, qui, ébranlant trop fortement les éléments nerveux, avaient pour résultat d'accélérer la mort, si elle n'était déjà arrivée, au lieu de l'empêcher.

On peut du reste démontrer, par une expérience des plus curieuses, l'influence favorable des courants intermittents de médiocre intensité sur les centres nerveux pendant la chloroformisation. Qu'on plonge dans le sommeil anesthésique un lapin, jusqu'à ce qu'il soit complétement insensible et sans mouvement volontaire, la respiration et la circulation persistant ; puis qu'on fasse passer un courant d'induction de la bouche à l'anus ; si le sommeil est au début, immédiatement l'animal fait un bond, se redresse sur ses pattes, ouvre largement ses yeux et se met à courir, en titubant toutefois légèrement pendant quelques secondes, comme s'il était un peu ivre ; après quoi il semble ne plus se ressentir en aucune façon des effets du chloroforme. Si le sommeil anesthésique dure déjà depuis un certain temps, le réveil est moins rapide, mais il se fait néanmoins avec une assez grande promptitude, renouvelant et répétant un certain nombre de fois l'application du courant. Cette expérience, que j'ai répétée trois fois, n'est qu'une confirmation des résultats obtenus par M. Abeille, qui avait vu que « l'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps, et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité et fait disparaître immédiatement le relâchement des muscles. » Et M. Abeille ajoute : « Elle constitue, d'après nos experiences, le moyen le plus prompt, le plus efficace, je dirai presque le seul efficace de ramener à la vie les malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été prolongées au delà du temps prescrit par la prudence. C'est le premier moyen auquel on doive avoir recours, et des tentatives faites dans une autre direction ne m'ont jamais paru amener autre chose qu'une perte de temps qui pourrait être parfois funeste. »

Si l'électricité traversant les centres nerveux a le pouvoir de rappeler à la vie des animaux soumis à l'asphyxie chloroformique, il y a tout lieu de penser que cet agent doit intervenir efficacement dans les autres asphyxies, ou au moins dans celles qui ne reconnaissent pas pour cause l'introduction dans le sang d'un gaz qui, par son

action propre, empêche l'hématose. Les phrases suivantes de la note de MM. Legros et Onimus, peu explicites à la vérité, permettent cependant de croire que ces auteurs doutent des bons effets des courants électriques dans les conditions que nous venons d'indiquer. « Nous avons constaté, disent-ils, que les courants continus, dont l'action est complétement différente des courants intermittents, agissent favorablement dans l'empoisonnement par le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote. Ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans ces cas, il y a une lésion contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait néanmoins tenter leur emploi dans l'asphyxie des nouveau-nés. » Cette dernière phrase paraît donc indiquer que, dans l'idée de ces auteurs, les asphyxies par compression des voies aériennes, chez l'adulte, par exemple, ne pourraient être ou seraient au moins difficilement combattues par les courants électriques continus. Une expérience, due en quelque sorte au hasard, m'a au contraire démontré tout le parti que l'on pourrait tirer des courants d'induction dans les cas d'asphyxie par strangulation et sans doute par submersion.

Faisant, dans ces derniers temps, avec MM. Duchesne, de Boulogne, père et fils, des expériences sur les effets de la faradisation du grand sympathique du cou, j'étais à rechercher le ganglion cervical, quand je m'aperçus que l'artère carotide avait perdu complétement sa coloration rouge et pris une coloration noire des plus intenses. L'animal était asphyxié, sans doute à la suite d'une compression que l'un de mes doigts avait exercée sur la trachée dans le but de l'écarter. Les mouvements respiratoires étaient complétement abolis; j'eus alors l'idée de faire passer, de la tête à l'anus, un courant faible d'une pile de Legendre, que nous avions sous la main toute préparée, et, immédiatement, la respiration reparut ; en moins de deux minutes, l'animal était revenu à la vie.

Ayant négligé de constater l'état du cœur avant de faire passer le courant, à quelques jours de là j'asphyxiais un autre lapin en lui comprimant la trachée, après avoir placé préalablement une longue aiguille à acupuncture dans le cœur. Quand l'asphyxie fut complète, que les mouvements respiratoires furent entièrement éteints, j'attendis que le cœur ne donnât plus qu'une impulsion extrêmement faible au doigt; alors l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. A cet instant, je fis passer le courant, et, en quelques minutes, l'animal était rendu à la vie. Sur un deuxième lapin, asphyxié de la même façon, j'attendis que les pulsations ne fussent plus percepti-

bles à la main depuis cinq minutes; alors l'aiguille oscillait encore assez fortement : le courant ranima encore l'animal.

Sur un troisième lapin, j'attendis que les pulsations ne fussent plus perceptibles à la main depuis dix minutes; l'aiguille oscillait alors assez faiblement: le courant ne rappela pas l'animal à la vie.

Sur un quatrième lapin, je fis passer le courant 15 minutes après la disparition des pulsations cardiaques au doigt, l'aiguille oscillant encore très-faiblement : l'animal ne revint pas.

Enfin, sur un cinquième, je fis passer le courant quand l'aiguille était définitivement immobile, 22 minutes après la disparition des battements cardiaques au doigt: le résultat fut évidemment le même que dans le cas précédent.

J'ajouterai que, sur ces derniers lapins, le courant électrique ne provoqua pas la plus petite des oscillations dans l'aiguille.

Il résulte donc de ces expériences, faites sur l'asphyxie par strangulation, et de celles faites sur l'asphyxie chloroformique, que, dans l'un et l'autre cas, les battements du cœur continuent encore pendant un certain temps, alors qu'ils ne sont plus appréciables à la main, mais qu'ils persistent plus longtemps dans l'asphyxie par strangulation que dans l'asphyxie chloroformique. Il résulte aussi que, dans l'un et l'autre cas, le courant d'induction est incapable de réveiller l'action du cœur quand les mouvements de celui-ci, accusés par l'aiguille ont complétement disparu. Mais tandis que, dans l'asphyxie par strangulation, le courant d'induction, encore capable de ramener les battements du cœur alors qu'ils ne sont plus perceptibles à la main déjà depuis 5 ou 6 minutes, dans l'asphyxie chloroformique, le courant d'induction n'est efficace que si le cœur bat encore suffisamment pour donner un choc transmissible à la main. De ces deux asphyxies, l'une, par conséquent, l'asphyxie chloroformique, est plus grave que l'autre, ce qui ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une influence sidérante du chloroforme sur les centres nerveux ou peut-être sur le cœur lui-même.

D'après les expériences que nous venons de relater, on comprendra facilement qu'il nous est impossible d'accorder aux courants continus, pour les cas d'asphyxie chloroformique ou d'asphyxie par strangulation, une supériorité d'action sur les courants intermittents. En les mettant au même niveau, nous croyons être dans le vrai. Mais si, du laboratoire, nous nous transportons sur le terrain de la pratique, nous ne pourrons nous empêcher de donner aux courants d'induction la prééminence. Et en effet, tout d'abord il est difficile d'avoir à sa disposition un appareil qui, comme celui de Re-

mack, se compose de 20, 30, 40 couples analogues à ceux de la pile de Daniel; il est au contraire très-facile de se procurer un appareil d'induction simple dans son mouvement, peu volumineux, et qui par cela même peut accompagner le chirurgien partout où il va. D'autre part, de l'aveu même de MM. Legros et Onimus, les courants continus ne ramènent l'action du cœur que s'ils traversent l'axe cérébro-spinal. En vain, nous ont-ils dit lors de notre réunion, ils les ont appliqués sur le cœur directement, sur le diaphragme, sur les nerfs phréniques; jamais dans ces circonstances ils n'ont pu ramener les animaux à la vie. Or, chez l'homme, l'efficacité des courants d'induction appliqués à ces divers organes a déjà reçu la sanction de l'expérience.

La faradisation des nerfs phréniques a sauvé, dans les mains du docteur Frudberg (de Berlin), un jeune sujet qui, pendant 3 minutes, avait été soumis inutilement à d'autres moyens. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omo-hyodien croise le bord externe du sterno-mastoïdien. L'autre électrode fut pressé aussi énergiquement que possible dans le 7e espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donna à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, on aperçut un soulèvement de la paroi abdominale, signe d'une contraction du diaphragme, la respiration se rétablit insensiblement, et au bout de vingt minutes toutes les fonctions étaient rentrées dans l'ordre.

William Hargrave a pu rappeler à la vie un individu voué à une mort presque certaine en implantant une aiguille au niveau du diaphragme, l'autre au niveau du scalène, et en faisant passer un courant d'induction à travers ces aiguilles.

Ch. Kidd eut un succès semblable en électrisant les sterno-mastoïdiens par l'intermédiaire d'aiguilles enfoncées dans ces muscles. L'effet ici fut immédiat; chaque fois que le courant était établi ou interrompu, il survenait un gémissement.

M. Maurice, de Royal Bergs hospital, cité par M. Le Fort dans la dernière discussion à la Société de chirurgie, sur les accidents dus au chloroforme, a aussi réussi en faisant passer un courant dont un des électrodes était placé sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur, qui paraissait abolie, se réveilla instantanément.

Nous venons d'indiquer, pour l'asphyxie par les vapeurs de charbon, même dans ce cas, où il semble que l'électricité doive demeurer sans effet, que la fadarisation a été d'un grand secours au docteur

Ziemssen, car elle a sauvé la vie d'un malade. Elle a aussi ranimé, dans les mains de M. Duchenne de Boulogne, un sujet; seulement celui-ci succomba quelques heures après sous l'influence toxique de l'oxyde de carbone. Enfin, pour l'asphyxie par strangulation, les expériences de M. Leroy d'Étiolles ont fait voir que l'électrisation directe du diaphragme rétablissait presque toujours la fonction de respiration éteinte. Sans aucun doute, ce moyen pourrait être utilisé avantageusement chez l'homme. Mais ce procédé ne lui a pas encore, que je sache, été appliqué. Ces exemples suffisent, je pense, pour faire comprendre que le champ d'application des courants d'induction est beaucoup plus étendu que celui des courants continus. Les premiers permettront toujours au chirurgien d'espérer dans la multiplicité des moyens fournis par le même procédé.

A supposer que l'électrisation du nerf diaphagmatique, qui jusqu'ici a le plus souvent été suivi de succès, ne réussisse pas, il pourra recourir à l'électrisation directe du diaphragme, voire même du cœur, et en dernier ou en premier lieu, suivant la gravité du cas, il pourra employer le passage du courant de la bouche à l'anus. A supposer au contraire que le chirurgien n'ait à sa disposition que le courant continu, une fois que celui-ci aura traversé toute la longueur des centres nerveux, si le malade ne revient pas à la vie, toute chance de le sauver par ce procédé sera perdue.

Si les courants électriques raniment avec la plus grande facilité les animaux en état d'asphyxie, sont-ils capables de ranimer les animaux qui ont subi l'influence toxique du chloroforme? Selon MM. Legros et Onimus, le fait ne serait pas douteux pour les courants continus. « Nous avons songé, disent-ils, à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration; une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle. Nous avions entre les mains un moyen de ramener les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente. Le succès a dépassé nos espérances: malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux soumis à l'action des anesthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie. Des chiens, des rats, des lapins, nous ont présenté cette sorte de résurrection; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi sa-

tisfaisants. » Mais remarquons que c'est à l'état dans lequel se trouvaient les animaux que MM. Legros et Onimus présentaient à notre observation que se rapporte ce qu'ils disent ici de l'empoisonnement chloroformique. Or, tout en admettant, comme nous l'avons dit, que chez ces animaux le chloroforme prenne une certaine part à la sidération des puissances nerveuses cardiaques et respiratoires, il nous paraît impossible de ne pas admettre que l'asphyxie, due à la petite quantité d'air absorbée et mélangée au chloroforme, ne soit pas l'accident prédominant. La manière même dont le chloroforme a été administré, la cessation des mouvements respiratoires avant celle des battements du cœur, la coloration noire du sang dans tout le système artériel, la coloration violacée du poumon, sont des raisons qui ne nous permettent pas le moindre doute sur ce point. Pour juger de l'efficacité des courants sur l'empoisonnement, il me semble qu'il fallait, avant tout, écarter l'asphyxie comme cause de mort. C'est ce que j'ai essayé de faire sur quatre lapins en m'y prenant de la manière suivante : Ayant placé préalablement une épingle dans le cœur, j'ai soumis ces animaux aux vapeurs du chloroforme, qui s'échappaient d'une éponge placée à une certaine distance du nez, faisant en sorte que le chloroforme arrivât toujours dans les voies respiratoires, mélangé à une grande quantité d'air. Les inhalations ont été prolongées jusqu'à ce que la respiration fût abolie, ainsi que les mouvements du cœur, ce qui ne demanda pas moins de trois quarts d'heure, et l'absorption d'une quantité de chloroforme évaluée à 60, 70 grammes pour chaque lapin. La respiration cessa en premier lieu, puis, très-peu de temps après, les battements du cœur ne furent plus perceptibles à la main, placée au-devant de lui, tandis que l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. Ces oscillations persistèrent 15, 20 minutes, allant toujours en s'amoindrissant et se montrant de temps en temps irrégulières. Quand l'aiguille n'exécuta plus aucun mouvement, je fis passer le courant d'induction faible, de la bouche à l'anus, à plusieurs reprises, puis un courant plus fort, puis le courant maximum, et pendant tout ce temps l'aiguille n'oscilla pas une seule fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur ne démontrait plus que des traces d'excitabilité au courant électrique, les artères ne contenaient qu'une très-faible quantité de sang, d'une rutilance remarquable, la coloration des poumons était très-manifestement rosée. Ces résultats se sont montrés sensiblement les mêmes chez nos quatre lapins. Or, si nous considérons que, dans les conditions où nous nous sommes placés, le cœur avait perdu la plus grande partie de

son excitabilité à l'électricité, il nous semble difficile de croire qu'aucun courant puisse réveiller son activité presque éteinte.

Ainsi, on voit donc que, soit dans l'asphyxie chloroformique, soit dans l'asphyxie par strangulation, soit dans l'empoisonnement par le chloroforme, quand le cœur a réellement cessé de battre, ce que l'on ne peut savoir qu'en interrogeant une aiguille fixée dans ses parois, la mort peut être considérée comme réelle, aucun moyen ne semble dès lors propre à rappeler la vie. Nous verrons plus loin que cette considération ne s'applique pas à la syncope consécutive à de fortes hémorrhagies.

Ici se présente naturellement à ma pensée une question : La mort par empoisonnement chloroformique, telle que nous venons de l'observer chez l'animal, se rapporte-t-elle au genre de mort qui frappe le plus souvent l'homme ? Mon intention, messieurs, n'est point de m'avancer longuement dans cette question qui me transporterait bien vite loin de mon sujet. Toutefois, je tiens à utiliser mes expériences pour faire remarquer : 1° que l'empoisonnement chez l'animal ne survient qu'après l'absorption d'une dose énorme de chloroforme; chez l'homme, au contraire, la mort arrive le plus souvent peu de temps après les premières inhalations, alors que la quantité de chloroforme qui a pénétré dans les voies respiratoires n'est pas très-considérable ; 2° que l'empoisonnement chez l'animal survient quand il est dans la résolution la plus complète, et cela depuis un long temps déjà, tandis que chez l'homme c'est pendant la période de demi-sommeil qui précède la période d'excitation, ou pendant cette dernière, que la mort arrive le plus fréquemment; 3° enfin, que chez l'animal empoisonné par le chloroforme, généralement le cœur disparaît sous la main après que la respiration est suspendue, l'intervalle ne durât-il que quelques secondes ; chez l'homme, au contraire, l'arrêt du cœur, constaté du moins par la main, précède généralement la suspension de la respiration. Si les conditions et les caractères des accidents qui surviennent chez les sujets victimes du chloroforme ne ressemblent dans la généralité des cas ni aux conditions, ni aux caractères de l'asphyxie et de l'empoisonnement tels qu'on les constate chez les animaux, on comprend donc toute la valeur de l'opinion soutenue par nos éminents collègues, MM. Larrey et Perrin, qui pensent que la syncope chloroformique est surtout la conséquence d'une perturbation dynamique effectuée dans le centre psychique, perturbation qui serait spéciale à l'homme. Je reviens, messieurs, aux expériences faites devant vous par MM. Legros et Onimus. Après avoir constaté que les animaux qu'ils nous

présentaient à l'état de mort apparente revenaient à la vie, aussi bien sous l'influence des courants intermittents que sous l'influence des courants continus, il nous restait une expérience à faire, expérience en quelque sorte capitale, pour juger de la valeur réelle de l'électricité opposée aux accidents dus au chloroforme. Cette expérience consistait à appliquer à la périphérie du corps, sur une partie naturellement très-sensible, une excitation mécanique, et à voir si cette excitation ranimerait les animaux. Un rat fut donc placé par le chloroforme dans les mêmes conditions, puis, cela fait, nous introduisîmes dans les fosses nasales un stylet dont l'extrémité fut promenée sur les divers points de la muqueuse pituitaire et de la partie supérieure du pharynx. Or, au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires revinrent, et l'animal fut rendu à la vie, moins promptement, il est vrai, que les animaux qui avaient été soumis à la galvanisation.

Ce résultat, auquel ne s'attendaient, il faut bien le dire, ni MM. Legros et Onimus, ni les membres de votre commission, refroidit singulièrement notre enthousiasme premier sur la puissance d'action et des courants continus et des courants intermittents, et nous quittâmes le laboratoire avec l'idée que l'électricité n'était, en somme, capable de rappeler à la vie que des animaux qui auraient pu être sauvés par d'autres moyens. Par conséquent, pour nous, la titillation de la luette, la cautérisation du pharynx, l'attouchement, avec le doigt, de l'ouverture supérieure du pharynx, les brûlures faites à l'épigastre, les frictions rudes faites sur diverses parties du corps, la présentation aux narines d'un flacon rempli d'ammoniaque, tous ces moyens qui, chez l'homme, agissent à la façon de notre stylet, ne nous paraissaient pas être bien inférieurs aux courants électriques. Toutefois, pour juger efficacement cette question, il me sembla qu'il était nécessaire de répéter cette expérience. C'est ce que je fis sur quatre lapins qui furent placés, par le chloroforme, dans des conditions à peu près semblables à celles de nos rats. Seulement je pris soin de n'arrêter les inhalations que quand les pulsations cardiaques furent à peine sensibles. Quand cet état fut arrivé, j'introduisis seulement le stylet dans les narines. Or cette excitation mécanique n'eut, chez aucun de ces lapins, une influence quelconque sur l'augmentation des battements du cœur, tandis que le courant intermittent, appliqué encore une minute après l'introduction du stylet, ranima deux de ces animaux. Je dus par conséquent, pour mon compte propre, reconnaître qu'en réalité, l'application de l'électricité est un moyen d'une efficacité certainement plus grande que les autres moyens qui

portent leur action sur la périphérie du corps. Je ne parle pas, bien entendu, de la respiration artificielle, sur laquelle je n'ai fait aucune expérience comparative. Il me reste, messieurs, à vous parler d'une dernière expérience signalée dans la note de MM. Onimus et Legros dans les termes suivants : « Il est un accident terrible où l'efficacité des courants continus est vraiment admirable : c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante. Nous avons vu, sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide, et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration et la circulation. En cessant l'électrisation, la syncope réapparaissait, pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista ; l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une opération. Certainement, ajoutent ces auteurs, dans des cas désespérés, où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente et exigent des mains habiles. Avec les courants continus, le danger est nul et l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion. » MM. Legros et Onimus ont cherché à répéter devant nous cette expérience; elle n'a pas réussi. Mais nous ne mettons pas en doute un seul instant que le succès annoncé par ces auteurs se soit realisé entre leurs mains. Seulement il eût été désirable, pour juger de sa valeur réelle, que l'observation relatât quelle était la proportion de sang perdu par l'animal, à quel instant le courant avait été appliqué, si c'était aussitôt que la pulsation cardiaque échappait à la main, ou bien après la cessation définitive de tout battement qu'une aiguille aurait indiquée.

Cette expérience était trop importante pour que je ne cherchasse pas à la reproduire. Une aiguille fut donc placée dans le cœur d'un lapin, après quoi l'artère carotide fut ouverte ; l'hémorrhagie fut très-abondante. Je la favorisai, du reste, en faisant enlever avec une éponge le sang au fur et à mesure qu'il s'écoulait dans la plaie, et en faisant introduire de temps à autre un fin stylet dans le bout central de l'artère. Les battements du cœur diminuèrent en nombre dans un temps rapide, quoique l'aiguille oscillât pendant tout ce temps avec une certaine force. Quand les pulsations indiquées par l'aiguille furent tombées à 30, ce qui arriva 5 ou 6 minutes après la disparition des battements sous le doigt, l'aiguille s'arrêta et se maintint dans l'immobilité la plus absolue. Je fis alors traverser, pendant quelques secondes, tout le corps de l'animal par un courant

d'induction faible, et aussitôt le courant passé, l'aiguille se remit à osciller, en même temps qu'apparut un mouvement respiratoire brusque, énergique. Je crus à cet instant bien fermement que l'animal allait revenir à la vie; mais cet effort respiratoire ne fut suivi d'aucun autre. Le cœur cependant commença à battre pendant 18 minutes, les oscillations de l'aiguille atteignirent le nombre de 30, après quoi elles diminuèrent de plus en plus pour cesser définitivement. Je dois dire que, pendant ces dix-huit minutes, je fis passer le courant électrique cinq ou six fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur était complétement vide de sang, ainsi que la plupart des artères; le poumon était blanc, exsangue; la contractilité du cœur, éprouvée par le courant, persistait notablement.

Cette expérience, faite avec toutes les précautions désirables, me permet d'affirmer que, quand il s'agit d'une syncope causée par une hémorrhagie abondante, les battements du cœur, après avoir été totalement suspendus, peuvent encore se rétablir sous l'influence du courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal. Et l'on comprend que si, d'une part, il reste dans l'économie une quantité de sang suffisante pour entretenir la circulation, si, d'autre part, le courant passe quand les centres nerveux qui président aux fonctions de respiration et de circulation n'ont pas encore eu le temps de perdre leur excitabilité au courant électrique, on comprend, dis-je, que sous cette influence, les centres puissent reprendre leur activité habituelle, réagir de nouveau sur les fonctions qu'ils subordonnent et ramener aussi la vie.

Dans le cas de syncope par hémorrhagie, l'arrêt définitif du cœur, démontré par l'aiguille exploratrice, n'est par conséquent pas un indice de mort réelle, comme quand il s'agit de l'asphyxie chloroformique, de l'asphyxie par strangulation, de l'empoisonnement par le chloroforme, accidents auxquels les animaux succombent toujours quand les battements cardiaques ont une fois disparu.

A quoi peuvent tenir ces différences? Elles me paraissent dépendre de l'instant variable où le sang a cessé d'arriver à la moelle allongée, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois en observant le calibre et la coloration de l'artère carotide, en pratiquant aussi des piqûres sur cette artère, dans l'asphyxie chloroformique, dans l'asphyxie par strangulation, dans l'empoisonnement par le chloroforme, alors que le cœur avait cessé définitivement de battre; il ne passait plus de sang dans l'artère carotide depuis 10, 15, 20 minutes. Pendant tout ce temps, la contraction du cœur, démontrée par l'aiguillle plantée dans sa paroi, était par conséquent trop

peu énergique pour entretenir la circulation générale et fournir notamment au bulbe les matériaux de nutrition nécessaires à son fonctionnement. De là fatalement la réduction de l'excitabilité des centres à des limites excessivement étroites quand le cœur avait cessé de battre, réduction d'autant plus assurée que le dernier sang qui leur était parvenu était du sang chargé d'acide carbonique ou d'un principe toxique, le chloroforme. De là l'impossibilité, pour le courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal, de provoquer le retour des battements du cœur.

Dans la syncope par hémorrhagie, au contraire, à partir d'un moment donné, les battements du cœur diminuent en nombre très-rapidement, mais ils ne diminuent pas en force d'une manière proportionnelle aux battements du cœur observés dans les cas d'asphyxie chloroformique, d'asphyxie par submersion et d'empoisonnement chloroformique. Ici le sang circule encore dans les artères carotides une, deux ou trois minutes avant la suspension définitive des battements cardiaques. On comprend donc que, pendant ces deux ou trois minutes, les centres nerveux n'aient perdu encore que très-peu de leur excitabilité, d'autant mieux que le dernier sang qu'ils ont reçu était un sang normal non altéré dans sa composition; on comprend aussi que, soumis dans cette condition à l'action du courant électrique, les centres puissent se réveiller et réagir de nouveau sur les puisssances musculaires respiratrices et cardiaques.

L'expérience que MM. Legros et Onimus vous ont signalée, et qui a réussi complétement entre leurs mains, a assurément un intérêt que personne ne peut contester. Réveiller, en effet, toutes les fonctions chez un animal qui meurt par défaut de matériaux nutritifs, à l'aide d'une excitation électrique, c'est là un résultat des plus curieux, des plus inattendus, et qui nous montre, tout aussi bien que les résultats de la transfusion, jusqu'où peut aller la puissance des agents physico-chimiques appliqués à l'exercice et au maintien de la vie. Mais l'électricité doit-elle être préférée à la transfusion, comme le pensaient MM. Legros et Onimus? Je crains que ces auteurs, encore ici, se soient trop hâtés de conclure. La réussite d'une seule expérience faite chez un animal ne me paraît pas suffisante pour qu'on soit en droit de chercher à détrôner une méthode qui déjà a rendu d'immenses services à l'humanité, et je me demande s'il n'aurait pas été plus sage de proposer l'alliance de ces deux moyens, qui, loin d'être antagonistes, ne peuvent que se prêter un mutuel secours: l'un fournissant aux centres nerveux l'oxygène, élément matériel de toute activité nutritive et fonctionnelle; l'autre fournis-

sant l'électricité, un des éléments dynamiques les plus puissants pour réaliser les combinaisons chimiques, pour favoriser les phénomènes de composition et de décomposition organiques, pour assurer aux tissus la conservation ou le retour de leurs propriétés vitales.

En terminant ce rapport, je dois vous avouer, messieurs, que ce n'est pas sans éprouver une certaine peine que j'ai dû me livrer à la critique des expériences et des idées de MM. Legros et Onimus. La sympathie qui m'unit à ces deux physiologistes m'a fait regretter plus d'une fois que cette tâche me soit incombée. Toutefois, tout en reconnaissant que MM. Legros et Onimus ont exagéré la valeur des courants continus au préjudice des courants intermittents, dans les applications qui peuvent en être faites aux accidents provoqués par le chloroforme, votre commission se plaît à louer leurs efforts, qui, sans aucun doute, contribueront à fixer l'attention d'une façon plus spéciale sur les ressources que l'électricité peut offrir à la pratique de la chirurgie et de la médecine.

En conséquence, votre commission vous propose :

1° De remercier MM. Legros et Onimus de leur intéressante communication;

2° D'insérer leur travail dans nos bulletins.

M. BROCA. Je voudrais faire ressortir ce qu'il y a d'important dans les recherches de MM. Legros et Onimus. Ils ont engagé la science dans une voie non encore parcourue, en montrant que les courants continus agissent sur la contraction musculaire, non-seulement au moment où on les ouvre et où on les ferme, mais pendant toute leur durée.

Au point de vue de la théorie, le rapport de M. Liégeois nous a montré que les auteurs s'étaient mépris sur quelques interprétations des phénomènes, et il nous a montré aussi que quelques chirurgiens avaient pu, par la faradisation, réveiller des malades en état de mort apparente. Mais il y a là un danger : c'est que, dans des mains imprudentes, il y a péril à voir appliquer la faradisation dans la région du nerf phrénique, car on peut galvaniser le pneumo-gastrique et paralyser définitivement le cœur.

La méthode de MM. Legros et Onimus ne présente pas ces dangers, puisque les réophores sont appliqués à la bouche et à l'anus. M. Liégeois nous montre qu'un courant faible vaut mieux qu'un courant fort; c'est un service signalé qu'il nous rend; mais n'y a-t-il pas été amené par les recherches mêmes de MM. Legros et Onimus? De l'aveu

du rapporteur, l'injection réveille les fonctions éteintes, non parce qu'on donne des globules, mais parce qu'on donne de l'oxygène. La transfusion est plus efficace que la galvanisation dans la syncope par hémorrhagie; mais quand M. Liégeois dit qu'il est bon d'appliquer l'électrisation non avant, mais après la transfusion, il oublie qu'on n'a pas sous la main les instruments nécessaires à cette dernière opération.

M. PERRIN. Le principal mérite du rapport est d'avoir fait ressortir la différence de la faradisation à haute et à faible dose. M. Broca attache une importance exagérée à la proximité du pneumo-gastrique ; la galvanisation de ce nerf par des courants faibles, loin de les arrêter, excite les battements du cœur.

M. LIÉGEOIS. Je regrette que la discussion qui vient d'avoir lieu m'oblige à dire que le mémoire, loin de mériter de si grands éloges, est à critiquer dans presque tous les points; je regrette surtout de dire ce que j'aurais voulu taire, que les auteurs, loin d'avoir fait faire un progrès, ne sont pas au courant de la science, et cela, dans une proportion regrettable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 24 MARS 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical* (de Marseille).

De l'Académie royale de médecine de Belgique, *les Fascicules : 3e série. Tome II, n° 11, et tome III, n° 1. — La Table alphabétique complète des tomes I à IX* (1858-1866), par le docteur Marinus. — *Le catalogue de la bibliothèque.*

M. HEURTAUX, membre correspondant, adresse les deux articles :

Corne (production cornée) et *Cor*, extraits du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. GUÉNIOT dépose sur le bureau : *Vomissements incoercibles de la grossesse, guéris par les cautérisations du col utérin*, par le docteur E. Mourey, broch. in-8, 1869.

M. DEPAUL offre à la Société ; *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchement de Paris pendant seize ans, avec quinze tableaux statistiques*, par M. Stanesco. — Paris, A. Delahaye, 1869.

M. le docteur ROUGE, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, adresse les observations suivantes :

Lipome fibro-graisseux. — H..., âgé de 60 ans, agriculteur, vigoureux vieillard, maigre, sec, bien musclé. Début de la tumeur il y a dix ans ; elle atteint en deux ans l'énorme développement qu'elle présente aujourd'hui ; reste dès lors stationnaire. La tumeur est ferme, résistante, molle en certains endroits ; ulcération à la partie inférieure. Elle est suspendue aux reins par un pédicule long de 20 centimètres, large de 20 ; il y a 9 centimètres d'épaisseur et 48 de circonférence. La tumeur a dans le sens transversal 46 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, 22 centimètres en dessus, 25 en dessous ; dans le sens vertical, 27 centimètres. — Opération avec le bistouri le 14 février dernier. Je lie les vaisseaux à mesure que je les coupe ; quatorze artères, quelques veines béantes, exigent des ligatures. La plaie est lavée avec de la glycérine phéniquée au dixième ; un grand drain est placé au fond de la blessure, dont les bords sont réunis par une quinzaine d'épingles avec suture entortillée. Pansement à l'eau froide.

La tumeur pèse 14 kilogr. 250 grammes (28 livres 1/2). Ce volumineux lipome est divisé par des cloisons fibreuses en lobes nombreux, en général de la grosseur du poing ; quelques-uns étaient beaucoup plus développés. — Après l'opération, le malade est très-abattu ; il reste tout le jour dans un état inquiétant de dépression morale, de prostration physique. Pouls petit, misérable et rapide. Soif ardente. Figure très-pâle. Tendance aux syncopes. Refroidissement. — Vin à discrétion. — Aujourd'hui H... est guéri, mais il existe encore une petite plaie de la largeur et de la longueur du pouce en suppuration ; lorsqu'elle sera fermée, ce qui ne tardera pas, il ne restera de l'opération qu'une cicatrice linéaire. Sort guéri le 18 mars 1869.

Nouveau procédé de traitement des fractures du maxillaire inférieur. — Le 15 janvier 1865, entre dans mon service un

jeune homme de 22 ans, qui s'était brisé la mâchoire inférieure, quinze jours auparavant, en tombant d'un escalier rapide. La fracture part de l'incisive latérale gauche ; sa direction est oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; le fragment antérieur se trouve cassé en biseau et aux dépens de la face interne, le fragment postérieur aux dépens de la paroi externe. Il existe un déplacement considérable. La branche gauche du maxillaire est attirée en dedans, de telle façon que son extrémité se place derrière l'incisive latérale droite, tout près de la canine ; de plus, ce fragment est si fortement abaissé, que les dents sont d'un fort travers de doigt en dessous du niveau de celles de l'autre portion de la mâchoire. Il y a sous le menton une large plaie contuse par laquelle s'écoulent de la salive et du pus ; le stylet arrive par là sur l'os dénudé.

La direction oblique de la fracture dans l'épaisseur même du maxillaire expliquait le déplacement en bas et en dedans ; le mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien, avaient, sans nul doute, gardé tous deux leurs insertions, et peut-être même quelques fibres des digastriques restaient-elles fixées à l'os. L'action de ces muscles, insérés à l'extrémité d'un levier assez long, surpassait celle des élévateurs, qui, dans la majorité des cas, relèvent le fragment postérieur, en même temps qu'ils le portent légèrement en dehors.

Pour maintenir cette fracture, j'eus tout d'abord recours à l'appareil Morel-Lavallée ; notre blessé avait toutes ses dents entières et superbes. La gouttière, bien moulée et durcie, n'empêchait pas cependant le double déplacement ; je renforçai la gutta-percha d'un fort fil de fer recourbé en fer à cheval, et caché dans l'épaisseur du petit appareil ; une fronde appuyait le menton. Malgré cela, le fragment postérieur s'abaissait et glissait derrière son voisin. J'imagine alors de faire deux attelles de gutta-percha, moulées sur le maxillaire et reliées entre elles par un fil métallique passant au travers des fragments, qui seraient maintenus ainsi solidement rapprochés.

Pour perforer l'os, je me servis du drille, instrument d'horloger. Je fis le premier trou entre deux racines de dents, à peu près au niveau du sillon gencivo-labial ; le fragment antérieur fut perforé à la même hauteur sur la symphyse. Deux fils d'argent d'un fort calibre sont alors facilement glissés dans les trous ; arrivés sur le plancher buccal, les extrémités internes furent recourbées, et ramenées au dehors pour traverser une petite plaque de gutta-percha sur laquelle ils sont fixés l'un à l'autre et tordus ; attirant alors à moi les deux fils, la gutta-percha, légèrement ramollie, est entraînée dans la bouche, et vient s'appliquer contre la paroi postérieure du maxillaire, contre le-

quel elle se moule en réduisant la fracture. Un second morceau de gutta-percha, traversé par les bouts antérieurs et libres de la suture, est pressé contre la face antérieure de la mâchoire; les attelles suffisamment durcies, les fils sont vigoureusement tordus avec une pince à mors plats. Le malade nous dit aussitôt : Maintenant je peux manger. Ce jeune homme quitte l'hôpital le 10 février ; la fracture était régulièrement consolidée, et la plaie tout à fait cicatrisée ; il n'y eut pas de nécrose. Non-seulement l'appareil fut bien supporté pendant plus de trois semaines, mais encore il éprouva un grand soulagement. Les premiers jours, j'ai permis une alimentation composée de viande hachée, de légumes déjà trempés ; le malade ne tarda pas à réclamer un régime plus solide et plus normal.

M. KOEBERLÉ envoie à la Société une observation d'extirpation d'une tumeur fibro-graisseuse, du poids de 5 kilogrammes, développée à la partie interne de la cuisse. — Guérison.

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus (Fin).

M. DEPAUL. La discussion sur les corps fibreux de l'utérus s'est terminée en mon absence; je désirerais répondre quelques mots aux orateurs qui y ont pris part.

Cette discussion a porté sur trois points principaux :

1° Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse ?

2° La grossesse amène-t-elle quelques modifications dans leur consistance ?

3° Au moment de l'accouchement, faut-il donner la préférence à la version sur le forceps ?

Sur le premier point, tous ceux qui ont pris la parole sont unanimes; sauf M. Guéniot. Je ne nie pas, dit-il, que la chose soit possible ; mais puisque les corps fibreux, et je le prouve par des exemples, se développent sans la grossesse, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que le volume augmente pendant la gestation ?

La question n'est pas telle que la pose M. Guéniot; il s'agit de savoir si l'on peut rapprocher le développement lent de ces tumeurs pendant la vacuité de l'utérus, de leur développement rapide pendant la grossesse. Or, sur ce point, je ne trouve qu'une observation de M. Kœberlé, observation qui manque d'autorité, parce qu'elle manque de détails suffisants, et, dans tous les cas, les faits cités par M. Guéniot sont absolument exceptionnels.

Mais, ajoute M. Guéniot, il y a de ces tumeurs qui, en dehors de l'état de grossesse, peuvent se ramollir et disparaître; et il nous cite le cas d'une jeune Péruvienne qui a vu sa tumeur perdre la plus grande partie de son volume, en dehors de toute condition de grossesse ou d'accouchement. A côté de ce cas, je puis en citer un autre tout contraire : j'ai pu suivre, chez une femme enceinte, le développement d'un corps fibreux; ce corps avait augmenté considérablement de volume; puis, après l'accouchement, il commença d'abord à diminuer de consistance. J'ai revu cette femme trois mois après son accouchement : le corps fibreux était revenu à son volume primitif. Peut-on dire que ce développement si rapide, que ce retour en arrière, n'est pas évidemment en rapport avec les modifications physiologiques que subit l'utérus à l'état de gestation ?

Quant à M. Tarnier, nous sommes d'accord sur les points de physiologie pathologique; nous différons sur un point de pratique. M. Tarnier croit à la supériorité de la version sur le forceps; je crois au contraire à la supériorité du forceps sur la version; et M. Tarnier a résumé son opinion en disant : La clinique et le raisonnement montrent que la version est préférable au forceps. Pour soutenir cette thèse, les faits d'accouchements dans les cas de corps fibreux ne suffisent pas. Si nous voyons les choses d'une manière plus générale, nous pouvons dire que, dans les cas dans lesquels le bassin de la mère est mal conformé, la version est beaucoup plus dangereuse pour la femme et pour l'enfant. Ainsi, sur 414 cas d'accouchements dans lesquels il y avait vice de conformation du bassin, on fit 42 fois la version. Il y eut 18 fois mort de la femme, et 24 fois guérison. Quant aux enfants, il y eut seulement 8 enfants vivants.

Dans 108 cas on appliqua le forceps; il y eut 83 enfants vivants, et il n'en mourut que 25; 84 femmes survécurent, 24 seulement moururent. Il y a donc, d'une manière générale, supériorité du forceps sur la version. En est-il de même dans les cas de tumeurs fibreuses ? M. Tarnier espère avec la main dilater le col et repousser la tumeur; mais lorsqu'on a introduit la main dans l'utérus de ces femmes, les dangers de la version sont doubles, car, outre les dangers ordinaires, on a à craindre plus encore la déchirure du tissu utérin.

Pour ce qui regarde l'enfant, on peut dire que si la version est plus dangereuse dans les cas ordinaires, elle doit l'être, à bien plus forte raison, dans les cas de tumeurs fibreuses. M. Tarnier croit que les tumeurs fibreuses peuvent s'aplatir, cela est vrai; mais l'aplatissement ne peut jamais être complet.

En résumé, je continue à regarder le forceps comme supérieur à la version, dans les cas de tumeurs fibreuses.

M. TARNIER. Dans toute mon argumentation, je n'ai eu en vue que les tumeurs fibreuses contenues dans le petit bassin, et pouvant s'opposer à l'engagement de l'enfant. La thèse de M. Ganesco, dans laquelle M. Depaul a puisé les chiffres sur lesquels il base son argumentation, a traité seulement des rétrécissements osseux du bassin.

La discussion est définitivement close.

PRÉSENTATIONS

Tumeurs dentaires. — M. BROCA montre plusieurs pièces pathologiques portant toutes des dépôts de tartre adhérents à la dent, et constituant des tumeurs qui ne peuvent guère être enlevées qu'avec les dents correspondantes. Ces tumeurs siégeaient à la mâchoire inférieure, en arrière des incisives ; à la mâchoire supérieure, sur la face externe de la deuxième molaire. Ces tumeurs dentaires, d'après M. Broca, sont dues à la précipitation des matières salines excrétées par les grandes salivaires.

M. PAULET. J'ai eu l'occasion de voir une tumeur formée par le tartre, chez un vieillard assez âgé ; ce vieillard avait des dépôts de tartre dans toute la bouche ; mais la tumeur, qui était formée par un dépôt plus considérable, existait à la mâchoire supérieure, plus en arrière que ne le dit M. Broca.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 31 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — *L'Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Mar-*

seille médical, numéros de janvier et de mars, contenant un *Mémoire sur les hématocèles de la région testiculaire*, par M. Chapplain, membre correspondant.

Opération de la fistule vésico-vaginale, sans l'aide d'assistants, avec des considérations sur la valeur relative du clamp de la suture métallique interrompue et de la suture à bouton (en anglais), par Nath. Bozeman. — Broch. New York, 1869.

COMMUNICATIONS

Fracture des deux os de la jambe. — Plaie. — Tétanos. — Mort pendant l'administration du chloroforme. — M. Labbé. — Jacques A..., marchand de parapluies, âgé de 42 ans, entre le 19 janvier 1869 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Labbé. Cet homme, qui présente une taille au-dessus de la moyenne et une forte corpulence, poursuivant son fils qu'il voulait corriger, saute, par une fenêtre, de 2 mètres de haut à peu près ; il tombe sur *les pieds*, mais se trouve presque aussitôt renversé et cherche à se relever; à chaque effort il retombe, après des douleurs très-vives dans la jambe gauche ; il est transporté immédiatement à l'hôpital.

Le 19 janvier, au soir, on constate une mobilité extrême du tiers inférieur de la jambe et une large crépitation; la fracture du tibia semble siéger à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os, sans chevauchement.

La fracture du péroné communique à l'extérieur par une plaie verticale de 3 à 4 centimètres de long, située à deux travers de doigt au-dessus de la base de la malléole. Les bords de la plaie, écartés, laissent écouler en nappe une petite quantité de sang animé de mouvements rhythmiques. En épongeant, on aperçoit les muscles et les tendons péroniers, ainsi que la surface même du péroné. La mobilité extrême et la crépitation très-grosse, qu'on perçoit en ce point, permettent de penser que la fracture est multiple, et qu'on tombe sur un fragment complétement isolé du reste de l'os.

On se contente, en attendant la visite du lendemain matin, d'arrêter l'hémorrhagie au moyen de rondelles d'agaric et d'une légère compression, et de placer le membre dans une gouttière.

Le 20, la plaie s'est fermée par le rapprochement des parties profondes ; l'hémorrhagie est arrêtée ; bandage par occlusion au diachylon; charpie chlorurée et gouttière qui sera continuée les jours suivants.

Le 21, quelques douleurs dans la jambe; la plaie est entourée par

une rougeur assez vive de lymphangite ; plusieurs trajets rouges à la face interne de la cuisse; on sent, au-dessous et un peu en dedans de la rotule, un petit point crépitant, mobile sous la pression (léger emphysème). Même traitement.

Le 22, la rougeur s'étend à presque toute la jambe ; gonflement assez considérable ; l'emphysème n'a pas augmenté en avant du tibia ; au niveau de la plaie, rougeur très-foncée avec saillie arrondie surmontée d'une phlyctène. — Pouls à 100. Large cataplasme.

Le 23, rougeur et œdème de la partie externe de la cuisse dans toute sa longueur; on y pratique une longue incision de 8 centimètres, comprenant la peau et le tissu cellulaire. — Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et l'œdème de la cuisse ont beaucoup diminué au moyen de l'incision. Point fluctuant à la partie interne et inférieure de la jambe; incision de 4 centimètres. — Cataplasmes.

Le 25, délire pendant la nuit, constriction des mâchoires; les plaies se recouvrent de pseudo-membranes blanchâtres. — Opium à l'intérieur, 15 centigrammes.

Le soir, faciès un peu amaigri et pâle; pouls à 95 environ température rectale 39°C; pas de délire pendant la journée, intelligence nette; la contraction des mâchoires empêche complétement le malade d'écarter les dents; les boissons introduites dans la bouche ne peuvent franchir l'isthme du gosier sans produire des accès de toux et même de suffocation; les mouvements des yeux, des paupières, de la tête, dans tous les sens, se produisent avec une intégrité complète.

Du côté du membre, les accidents semblent se localiser autour de la fracture; toute la moitié inférieure de la jambe est encore gonflée, d'une teinte rouge lie de vin, avec quelques points plus foncés. Les bords de la plaie et des incisions sont épaissis, écartés, renversés en dehors : un enduit blanc jaunâtre, peu consistant, mollasse, remplit toute leur profondeur; ces fausses membranes se détachent facilement en laissant une surface rouge très-peu saignante.

Les plaies sont lavées jusque dans leur profondeur avec de l'eau alcoolisée, injectée à l'aide d'un irrigateur; les cataplasmes, humectés d'alcool, sont recouverts de laudanum. — Continuation de l'opium à l'intérieur.

Le 26 matin, faciès altéré, les yeux un peu excavés ; à la constriction des mâchoires s'est ajoutée la contraction des muscles postérieurs du cou; la tête est fortement fléchie en arrière ; la colonne vertébrale commence également à s'incurver ; les muscles des gouttières vertébrales présentent une souplesse à peu près normale, tan-

dis que les muscles cervicaux postérieurs, comme le masséter et le sterno-mastoïdien, présentent une rigidité extrême.

La parole devient impossible, commc la déglutition. Interrogé sur l'intcnsité des douleurs qu'il éprouve dans les muscles contracturés, le malade, en raison de l'opisthotonos, ne peut répondre *oui* qu'en abaissant les paupières supérieures. Interrogé plusieurs fois, il répond de manière à montrer que son intelligence est conservée. De temps en temps, il pousse un cri prolongé, ordinairement suivi de l'expuition des mucosités, et qui semble être produit par les efforts qu'il fait pour chasser ces mucosités de son larynx. La température rectale est de 38°6.

Les plaies se présentent sous un mauvais aspect; les fausses membranes sont à demi dissoutes en une sorte de bouillie sanieuse mêlée de sang; pendant les mouvements, de petites bulles de gaz s'échappent des profondeurs de la plaie qui se trouve à la partie antérieure et inférieure de la jambe.

Les plaies sont nettoyées avec soin et recouvertes par le pansement ordinaire.

C'est alors que devant les progrès rapides dc la contracture, on cherche le moyen de la combattre; on pense d'abord au curare, qu'il est impossible de se procurer, et on a recours au chloroforme.

Quelques grammes sont versés sur une compresse qu'on approche du visage du malade; mais à peine celui-ci a-t-il fait quelques inspirations que la respiration devient stertoreuse, la face violacée, le pouls disparaît; on s'empresse d'enlever la compresse et de pratiquer la respiration artificielle; cependant l'asphyxie augmente, et le malade présente tous les signes de la mort apparente.

On écarte alors les mâchoires en employant une grande violence, et on tire rapidement la langue au dehors au moyen d'une érigne. Le malade est placé la tête en bas, et on renouvelle avec succès la respiration artificielle.

Des mouvements inspiratoires saccadés reparaissent, d'abord rares, puis plus fréquents; on voit ensuite se produire des mouvements rapides, comparables à des convulsions toniques, dans le bras et dans les jambes; enfin la respiration et la circulation reviennent; en même temps réapparaissent les contracturcs, qui avaient complétement disparu pendant ces quelques instants.

Le malade pousse quelques cris, ouvre les yeux, enfin présente un état qui permet de cesser la respiration artificielle, et de le replacer dans son lit.

Il était dans cet état, relativement satisfaisant, lorsqu'on s'aper-

çoit que sa langue, prise entre les dents et serrée avec une grande force, est gonflée, violacée, et menace d'être coupée entre les mâchoires. On écarte alors les dents, et elle est réintégrée dans la bouche sans aucun trouble respiratoire.

Une minute après, arrêt subit de la respiration, coloration violacée de la face. On recourt immédiatement de nouveau à la respiration artificielle, en tirant la langue avec une érigne ; mais quelques mouvements, quelques efforts d'inspiration apparaissent seulement d'une manière passagère, puis ils diminuent.

Comme la bouche et le pharynx sont remplis de mucosités qu'il est impossible d'extraire, on se décide, comme dernier moyen, à pratiquer rapidement la trachéotomie : l'air pénètre et sort facilement par la canule; mais malgré des insufflations, malgré une respiration artificielle énergique et soutenue pendant plus d'une demi-heure, les fonctions s'arrêtent complétement, la peau commence à se refroidir. La pupille gauche est un peu dilatée, la droite contractée. Il manque moins de 4 grammes de chloroforme dans la bouteille. Une chose digne de remarque, c'est que, dans les deux accès d'asphyxie, la langue n'était pas entraînée dans le pharynx, surtout dans le second accès, où il a été bien constaté qu'elle était immédiatement appliquée derrière les arcades dentaires.

Voici l'état des divers organes, constaté à l'autopsie :

Encéphale. — Rien d'anormal à la dure-mère. Aspect louche de l'arachnoïde. Injection des vaisseaux de la pie-mère, prononcée surtout en arrière. Dans les deux tiers antérieurs et sur la convexité, on remarque le long des sillons de petites taches blanchâtres, nombreuses, de 1 millimètre de diamètre environ, siégeant dans l'épaisseur de l'arachnoïde et semblables à de petits dépôts fibrineux. Léger épanchement louche, fibrineux, dans l'espace sous-arachnoïdien. En décollant les enveloppes du cerveau, on voit qu'elles sont très-peu adhérentes, et que la superficie des circonvolutions présente un peu moins de consistance qu'à l'état normal.

A la coupe, la substance blanche, ainsi que la substance grise, ne présentent rien de sensiblement anormal comme coloration, ni comme piqueté.

Rien non plus d'anormal dans les ventricules.

Cavité thoracique. — Les deux poumons, mais surtout le gauche, présentent une congestion marquée dans toute leur hauteur; cependant les lobes supérieur et moyen du poumon droit présentent cet état à un degré beaucoup plus faible. Quelques noyaux indurés aux deux sommets.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse, sans lésions des orifices ni des valvules; la crosse de l'aorte montre à sa surface interne un très-léger commencement d'athérômes.

Dans l'abdomen, il n'est constaté rien d'anormal dans aucun organe.

Le mésentère et le grand épiploon sont chargés d'une masse considérable de graisse, comme les parois de la poitrine et de l'abdomen, qui sont en rapport avec l'embonpoint général du sujet.

Note de M. Quinquaud (interne des hôpitaux), qui a fait l'examen micrographique du cerveau et de ses enveloppes. « En ouvrant la boîte crânienne et en incisant la dure-mère, il s'écoule une certaine quantité de liquide un peu trouble.

« La pie-mère est injectée, adhérente à la substance corticale; son épaisseur est augmentée.

« Si l'on vient à la placer sous le champ du microscope, on voit de nombreux vaisseaux gorgés d'hématies; les parois de ces conduits sont formées par des noyaux allongés et multipliés; c'est surtout en traitant la préparation par le carmin et l'acide acétique que ces derniers apparaissent très-nets.

« Entre les vaisseaux, nous apercevons différentes sortes d'éléments :

« 1° Des noyaux granuleux de 9 millimètres;

« 2° Des corps vésiculeux à un ou plusieurs noyaux, de 15 millimètres;

« De telle sorte que je ne puis mieux comparer cet aspect de la pie-mère qu'à celui de la pie-mère d'un fœtus de sept à huit mois.

« La surface des circonvolutions apparaît alors sous l'œil nu comme chagrinée, veloutée; si l'on fait une coupe, on constate que toute la substance grise périphérique est rouge, vascularisée; cet aspect est le même pour la substance grise des corps striés et des couches optiques; cet état s'observe encore au cervelet (substance grise) et au bulbe jusqu'au renflement cervical.

« Au microscope, une coupe de la substance grise périphérique nous montre un fond granulo-graisseux sur lequel se dessinent des éléments nombreux que l'on peut diviser en trois catégories :

« 1° De petits noyaux libres plus granuleux qu'à l'état normal: ce sont les noyaux de la névroglie qui ont proliféré;

« 2° D'autres plus volumineux, cellulaires, se colorant comme les premiers par le carmin; très-probablement de nature connective et renfermant un ou plusieurs noyaux;

« 3° Certains autres sont entourés d'une matière granuleuse, sans membrane d'enveloppe distincte.

« Enfin, sur une préparation traitée par la teinture d'iode, nous avons pu retrouver quelques cellules nerveuses avec un prolongement : elles sont peut-être un peu plus granuleuses qu'à l'état normal.

« Les granulations grisâtres de ces éléments sont de nature protéique pour la plupart; l'acide acétique, en effet, pâlit beaucoup ces corpuscules et ces cellules.

« Les capillaires forment des mailles serrées et sont gorgées d'hématies; les noyaux de leurs parois ont considérablement augmenté en nombre. Ces divers vaisseaux sont entourés par de petits amas de granulations graisseuses.

« Enfin, on y découvre des corps granuleux de Gluge.

« Les tubercules quadrijumeaux sont sains.

« Des coupes de bulbe nous font voir une substance rouge, vasculaire; c'est la substance grise et une petite portion de la substance blanche avoisinante; ces régions, examinées histologiquement, nous montrent des corps amyloïdes arrondis, assez nombreux; des vaisseaux à une ou deux tuniques, avec de nombreux noyaux dans leurs gaînes, des amas de granulations graisseuses sur leurs parois, quelques corps granuleux de Gluge, et des corps nerveux qui sont à peu près sains; cependant quelques-uns ont perdu leur enveloppe de myéline.

« En résumé, il s'agit, dans ce cas particulier, d'une méningo-encéphalite aiguë superficielle et diffuse des couches corticales du cerveau, avec des altérations d'irritation inflammatoire du côté de la substance grise du bulbe. »

Examen de la fracture. — Par une longue incision verticale, comprenant la partie antéro-externe du tiers inférieur de la jambe, on tombe sur les désordres suivants :

L'extrémité inférieure du péroné est chassée en arrière et en dehors très-écartée du tibia, et sa mobilité extrême semble démontrer qu'elle est complétement détachée par la rupture des ligaments latéraux externes et la déchirure du ligament interrosseux. Cette dernière lésion se constate faiblement; à la place du ligament interosseux, dans son tiers inférieur, on ne trouve qu'un amas de fibres ligamenteuses et musculaires et d'esquilles. D'ailleurs, les rapports exacts de toutes ces parties sont difficiles à préciser, à cause de l'obligation de ne pas détacher complétement le pied de la jambe.

DISCUSSION

M. LÉON LE FORT. L'observation de M. Labbé me rappelle un cas que j'eus l'occasion d'observer en 1853, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'un homme atteint de tétanos et présentant de temps en temps, comme par accès, une augmentation considérable de la roideur générale. Mon collègue M. Bidard et moi, nous crûmes pouvoir employer un moyen qui nous avait réussi dans l'éclampsie et nous espérâmes pouvoir, par la chloroformisation, arrêter ou modérer ces accès, pendant lesquels nous craignions de voir survenir la mort. Lorsque nous eûmes donné une faible quantité de chloroforme, loin d'arriver rapidement à la résolution et comme si l'excitation de la première période de l'anesthésie venait ajouter son effet à celui des contractions tétaniques, un spasme de la glotte, des muscles de la poitrine, de l'abdomen, nous fit craindre un moment de voir le malade succomber sous nos yeux à une double cause d'asphyxie. Ces deux faits tendraient à me faire croire à la nécessité d'une grande réserve dans l'emploi des anesthésiques chez les tétaniques, et peut-être même à l'utilité de l'abstention complète.

M. DEMARQUAY. J'ai observé, dans des conditions analogues à celles dans lesquelles se trouvait le blessé de M. Labbé, deux malades atteints de tétanos; je n'ai pas cru devoir conseiller la chloroformisation, et je ne comprends guère l'emploi des anesthésiques dans ces circonstances. En effet, le tétanos, ou plutôt les contractions tétaniques ne sont qu'un symptôme d'un état pathologique dont la nature intime nous échappe; mais quand, par le sommeil chloroformique, on aura fait momentanément cesser les symptômes, cela n'empêchera pas les contractions de reparaître au moment du réveil du malade.

M. PERRIN. Je ne puis partager l'opinion de M. Demarquay. Sans doute la contraction est un symptôme, mais c'est un symptôme qui tue, et la chloroformisation, en faisant cesser la contraction au moment où, arrivant à son paroxysme, elle menace de faire périr le malade par asphyxie, peut le sauver en l'amenant sain et sauf jusqu'à l'instant de la rémission.

Pour moi, je crois également qu'il y a danger à employer le chloroforme dans le cas de tétanos, et j'y ai été amené par le raisonnement. Les anesthésiques produisent deux espèces d'action : l'une excitante, c'est la première; l'autre paralysante. Dans le fait de M. Labbé, c'est dans la période d'excitation que les accidents sont

arrivés. Si la situation d'un tétanique devient grave, on peut employer l'anesthésie; mais il faut arriver le plus vite possible à la résolution. Dans l'éclampsie, le chloroforme a été employé avec succès; je pourrais l'employer dans le tétanos, si mon malade me paraissait momentanément menacé d'asphyxie par excès de convulsion tonique. Dans le cas de M. Labbé, à quoi peut-on attribuer la mort? Est-ce à la rétrocession de la langue? cela me paraît peu probable; il me paraît beaucoup plus vraisemblable que la mort a été due au spasme du larynx et du diaphragme.

M. TILLAUX. Je ne crois pas qu'on puisse donner à l'observation de M. Labbé le titre de mort par le chloroforme, car la mort est arrivée plusieurs heures après la chloroformisation.

M. GIRALDÈS. Il est important de distinguer deux espèces de tétanos : le tétanos chronique, qui guérit quelquefois; le tétanos aigu, qui guérit rarement. Quant aux lésions dont parle M. Labbé, Lockart Clark avait parlé déjà de ces proliférations dans le bulbe rachidien.

M. Labbé s'est trompé en attribuant à M. Perrin le conseil de pratiquer la trachéotomie; il le trouvera indiqué dans mon article Trachéotomie.

Syme a montré que la rétrocession de la langue est assez souvent cause d'accidents; M. Labbé s'est servi, pour retirer la langue en avant, d'une érigne double; il est préférable de faire usage de la pince que les chirurgiens prussiens portent constamment dans la boutonnière de leur uniforme. Dans le cas actuel, la mort a certainement été précipitée par la chloroformisation.

M. TRÉLAT, comme M. Giraldès, insiste sur le danger de la rétrocession de la langue qui a lieu au moment où la période d'excitation fait place à celle de sédation; la traction de la langue en avant est suivie immédiatement de la disparition des accidents et souvent du retour de la sensibilité.

M. PERRIN nie que la rétrocession de la langue ait lieu au moment de la sédation; il ne croit pas non plus à l'influence de la traction de la langue, si ce n'est comme moyen d'exciter directement la glotte, ou du moins la partie supérieure du larynx. Quant à la trachéotomie, elle a été, dit-il, conseillée avant la publication de son livre.

M. PAULET. Le stertor qui annonce que la langue se porte en arrière arrive pendant la période de collapsus; mais je l'ai vu souvent pendant la période d'excitation.

M. LIÉGEOIS, comme M. Perrin, ne croit pas à l'utilité de la traction de la langue en avant.

M. CHASSAIGNAC a employé sans accident le chloroforme dans des cas de tétanos.

MM. DEMARQUAY, LE FORT, TRÉLAT et PANAS ne croient pas que la fracture spéroïde dont M. Labbé donne un exemple soit aussi rare que le dit M. Labbé; mais leur avis est que, dans ces circonstances, l'amputation est en général le parti auquel il faut avoir recours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 31 MARS 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.* — La *Revue d'hydrologie médicale.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.*

Le second fascicule du tome II du *Traité des maladies des yeux*, de M. Wecker. — Ce volume contient les *amauroses, les maladies de l'accommodation et de la réfraction.*

De l'*Aguerissement des armées.* — *Études d'hygiène*, par le docteur vicomte de Vauriel. In-18, Paris, 1869.

M. Vidrenne, médecin militaire, adresse à la Société deux travaux manuscrits intitulés : *De l'emploi du camphre alcoolisé en chirurgie.* — *Nécrose partielle de la partie inférieure du tibia. Extraction de séquestre. Guérison.* — Renvoyés à une commission composée de MM. Perrin, Legouest et Paulet.

COMMUNICATIONS

M. GUÉRIN. — **Bec-de lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire, suture métallique des os — Section sous-périostée d'un segment de la cloison. — Consolidation du tubercule médian.** (Observation recueillie par M. le docteur DAUET.) — Auguste D..., âgé de 6 mois et demi, est affecté d'un bec-de-lièvre

double, compliqué de saillie considérable de l'os intermaxillaire et de division du palais et de son voile dans toute leur longueur. Cet enfant est fort et robuste pour son âge.

L'os incisif, suspendu au bout du nez, fait en avant une saillie d'un centimètre et demi environ; son diamètre transversal a deux centimètres. Cet os supporte le tubercule médian de la lèvre, qui est large, mais court. Les deux bords de la scissure labiale sont très-écartés, la cloison du nez est très-épaisse; la fente alvéolaire présente à peu près la même largeur que le tubercule osseux.

M. A. Guérin pratique l'opération le 23 août 1868.

Il commence par faire une incision sur la ligne médiane de la sous-cloison, en arrière du tubercule osseux; puis, introduisant une spatule entre la muqueuse et le vomer, il la décolle de chaque côté. Cela fait, il saisit avec de forts ciseaux l'os de la cloison sans toucher à la membrane pituitaire, et enlève un fragment triangulaire de cet os, qui est très-épais et offre beaucoup de résistance à la section.

Cette partie de l'opération est pratiquée presque sans effusion de sang.

M. Alph. Guérin, repoussant alors l'os intermaxillaire, constate qu'il s'adapte exactement avec les bords de la fente alvéolaire, et, prenant un fort scalpel, il avive ces bords et ceux de l'os incisif, puis incise le repli muqueux qui fixe le tubercule labial au tubercule osseux. Il prend alors une forte alène et perfore, avec cet instrument, l'os intermaxillaire dans sa partie médiane; puis il répète la même opération près du bord de chaque maxillaire. Un fil double en argent est passé, à l'aide d'une aiguille, dans le trou pratiqué à l'os incisif, et en le divisant on obtient deux fils; un bout de chacun est passé de la même manière dans le trou du maxillaire correspondant; on obtient ainsi deux anses que l'on serre assez pour rapprocher les os, puis on tord les fils deux à deux. De cette façon l'os incisif est maintenu solidement en rapport avec les bords de l'arcade alvéolaire.

Les deux moitiés de la lèvre ne pouvant pas être rapprochées sans tiraillement excessif, M. Guérin les détache des os maxillaires et peut ainsi les mettre en contact. Alors, à l'aide d'un bistouri étroit, il avive les deux bords de la scissure labiale en conservant le lambeau du côté gauche; puis, affrontant les deux bords saignants, il les fixe au moyen de deux points de suture entortillée; le petit lambeau est abaissé et fixé horizontalement au niveau du bord libre de la lèvre par un point de suture entrecoupée.

Le tubercule médian constituant la sous-cloison est fixé, par son

extrémité libre, au niveau de la partie supérieure de la lèvre, au moyen d'une troisième épingle qui traverse à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre.

L'enfant est reporté dans son lit ; toute la soirée il est agité et pousse des cris plaintifs ; on lui donne du lait et du bouillon ; sirop diacodé, 10 grammes.

24 au matin, l'insomnie a été complète et la fièvre très-intense. Dans la nuit, il y a eu deux selles sanguinolentes constituées par le sang avalé pendant l'opération.

24 au soir, même état. Sirop diacodé, 15 grammes

25 au matin, l'insomnie persiste ; fièvre toujours très-intense. L'état local de la bouche est très-satisfaisant ; l'enfant se plaint, mais sans crier ; diarrhée. Tapioca au lait.

25 au soir, l'enfant s'est endormi vers quatre heures de l'après-midi ; sommeil calme ; fièvre toujours très-forte.

26 au matin, l'enfant a dormi presque toute la nuit ; fièvre modérée ; la diarrhée persiste. Même alimentation.

26 au soir, l'enfant est gai ; la fièvre a cessé.

M. Guérin enlève l'épingle du milieu.

27, la gaieté habituelle est revenue ; la nourriture est bien supportée, malgré une légère diarrhée.

27 au soir, on enlève l'épingle inférieure.

28, on enlève l'épingle supérieure et on applique deux bandelettes de diachylon pour soutenir la lèvre et la soustraire au tiraillement latéral.

29, l'enfant part pour la maison paternelle.

2 septembre, dixième jour de l'opération, les bandelettes sont enlevées. La lèvre est réunie dans toute sa hauteur, ainsi que la sous-cloison.

7 septembre, examen attentif de l'intérieur de la bouche ; il n'y a pas d'inflammation ni de suppuration. Les fils d'argent sont laissés à demeure.

20 septembre, la dent incisive médiane commence à sortir.

2 octobre, M. Guérin enlève les fils d'argent ; l'arcade alvéolaire est très-régulière et la consolidation osseuse se fait, quoiqu'il y ait encore un peu de mobilité de l'os intermaxillaire.

L'état extérieur de la bouche est des plus satisfaisants ; la lèvre inférieure ne fait qu'une légère saillie en avant de la lèvre supérieure ; celle-ci n'est point aplatie et ne présente qu'une encochure à peine marquée.

Le nez est un peu plat, mais sans exagération.

L'examen de l'enfant a été fait tous les mois. Peu à peu la mobilité de l'os intermaxillaire a diminué, et, au bout de cinq mois, l'os avait toute la solidité désirable; les quatre dents incisives supérieures sont sorties, mais elles ne sont pas régulièrement plantées.

Aujourd'hui 1er février, outre les incisives supérieures, l'enfant a deux incisives inférieures et deux molaires; une dent incisive médiane supérieure est mobile, et paraît devoir tomber prochainement, ce qui n'empêche pas l'enfant de mordre le doigt qu'on introduit dans la bouche et de le serrer fortement; il mange aussi des croûtes de pain assez dures.

Le succès a donc été complet.

L'opération que j'ai pratiquée ressemble à celle qui a été communiquée à la Société par M. Broca il y a un an. Comme celle de notre confrère, elle a donné lieu à la réunion de l'os intermaxillaire avec les os maxillaires. Dans l'un et dans l'autre cas, il y a eu avivement des surfaces osseuses et surture avec des fils d'argent.

Dans l'opération pratiquée par moi, j'ai pu laisser la suture métallique en place du 23 août au 2 octobre. Ce fait offre un grand intérêt; il prouve l'innocuité de la présence des fils d'argent dans la substance des os, et, d'un autre côté, il donne l'explication de la consolidation obtenue.

Mon observation et celle de M. Broca diffèrent de celle de M. Debrou, qui date de 1844, en ce que M. Debrou fit comme nous l'avivement, mais ne fit pas la suture.

J'ai cru avoir inventé la section sous-périostée de la cloison; si pourtant les souvenirs de M. Verneuil sont exacts, M. Mirault d'Angers lui aurait dit avoir eu recours à ce procédé et en aurait même consigné l'indication dans la *Gazette hebdomadaire* du mois de septembre 1868, et nous aurions tous les deux le même titre à l'invention.

Je tiens d'ailleurs moins à être l'inventeur du procédé qu'à en faire ressortir les avantages, et ces avantages sont incontestables : au lieu d'exposer à une hémorrhagie, comme le procédé de Blandin, qui comprend dans la section de la cloison, le vomer, la membrane muqueuse et le périoste, la section sous-périostée peut être très-étendue sans que l'enfant soit exposé à la moindre perte de sang.

M. GIRALDÈS. Quelle était la différence de niveau, après la terminaison de l'opération, entre le tubercule maxillaire abaissé et les arcades dentaires?

M. GUÉRIN. Le tubercule abaissé était de niveau.

M. GIRALDÈS. Le procédé dit de Broca a été pratiqué il y a long-

temps par Langenbeck (1). Il consiste à glisser le bistouri sous la muqueuse et à couper la partie cartilagineuse de la cloison. J'ai employé, il y a quelques mois, le même procédé que celui que M. Broca nous a décrit comme sien; le fil n'a pu être placé, car j'ai rencontré des bulles dentaires; l'enfant est sorti portant encore son bec-de-lièvre.

M. GUÉRIN. C'est à Debrou qu'il faut rapporter l'honneur de ce procédé et non à Langenbeck. Le tubercule était situé très-haut à la pointe du nez; l'os intermaxillaire était soutenu par une cloison cartilagineuse tellement dure qu'elle ressemblait plus à de l'os qu'à du cartilage, et il m'a fallu employer pour la couper avec les cisailles une force considérable.

M. TRÉLAT. La communication de M. Guérin porte surtout sur ce temps de l'opération qui consiste à faire le décollement de la muqueuse et la section sous-muqueuse du cartilage.

M. CHASSAIGNAC. Il y a des tubercules osseux qui n'ont pas la largeur suffisante pour s'encadrer dans l'écartement des os maxillaires; dans ce cas, on ne pourrait employer le procédé dont vient de parler M. Guérin. Dans deux opérations dans lesquelles j'ai sectionné la cloison et la sous-cloison, j'ai opéré d'abord le décollement de la muqueuse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Calculs salivaires. — M. PAULET présente plusieurs calculs salivaires enlevés à un malade de son service. Ces calculs étaient situés du côté gauche, et à une certaine profondeur dans le canal de Warthon; d'autres se trouvaient à droite, tout à fait dans la muqueuse, et en arrière du muscle mylo-hyoïdien. Quand l'opération fut faite, en portant, par la bouche, le doigt sur la glande sous-maxillaire, je la trouvai farcie de calculs. Du côté droit, en cherchant à faire basculer le calcul sur une curette, je comprimai le nerf lingual, ce qui éveilla une douleur vive qui persista pendant trois jours.

M. PANAS. Le hasard veut que je possède un calcul salivaire de la glande sous-maxillaire, calcul que j'ai enlevé hier. C'était un homme de 35 ans, malade depuis 15 jours. La glande sublinguale était très-rouge; la région sous-maxillaire était très-tuméfiée; il y avait toutes les apparences d'une grenouillette. Je fis une incision, j'introduisis un stylet, et je rencontrai un calcul que je pus extraire.

(1) *Arch. fur Klinische Chirurgie*, vol. II. 1861.

Ce calcul porte sur une de ses faces un demi-canal qui permettait le passage de la salive; c'est quand accidentellement toute la salive a été retenue que les accidents se sont montrés.

M. DESORMEAUX a eu l'occasion de rencontrer, l'année dernière, un calcul du canal de stenon assez volumineux et faisant saillie à la face interne de la joue.

Tumeur parotidienne enlevée par l'écraseur. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société une tumeur de la région parotidienne, extirpée chez un homme de 27 ans, au moyen de l'écrasement linéaire.

Voici en quoi a consisté le procédé, qui n'a donné lieu à aucune effusion de sang, et qui, jusqu'aujourd'hui, huitième jour de l'opération, n'a donné lieu à aucun accident. Un trocart, de moyen volume et légèrement courbe, a été passé au-dessous de la tumeur, qu'un premier trait de chaîne a divisée en deux parties à peu près égales; puis, chacune des deux moitiés ayant été détachée de la peau par simple énucléation, puis pédicalisée au moyen d'une ligature simple, a été soumise à l'action de l'instrument, qui en a opéré la séparation complète.

La tumeur, examinée avec soin au microscope par le docteur Desprez, n'a présenté rien autre chose que les caractères habituels des tumeurs fibro-plastiques.

Tumeur fibro-plastique naissant de la graine des vaisseaux fémoraux. — M. DEMARQUAY. J. C..., âgé de 44 ans, marchand de nouveautés, entre, le 13 mars 1869, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, pour se faire soigner d'une tumeur qu'il porte à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, sous le muscle couturier.

Sans avoir éprouvé aucune douleur, sans coup, sans chute sur cette partie, le malade nous apprend qu'un jour, vers le mois de septembre 1868, il s'aperçoit, en se déshabillant, d'une grosseur insolite à la partie interne et inférieure de la cuisse. Il fait venir aussitôt des médecins de son pays, qui le badigeonnent d'abord avec la teinture d'iode, et mettent ensuite sur la tumeur des vésicatoires. Ces différentes médications n'empêchent pas la tumeur de grossir, et le malade, incommodé par son poids, se décide à venir à Paris pour se faire opérer.

Située à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, sous le couturier, qu'elle repousse un peu en dedans, cette tumeur repose sur les vaisseaux fémoraux, qu'elle recouvre, entre le droit antérieur

de la cuisse, le vaste interne et le troisième adducteur. Elle s'étend dans une étendue de 15 centimètres en hauteur, sur 12 en largeur, jusqu'à 4 centimètres du condyle interne du fémur. La forme aplatie de la tumeur, qui s'est accrue en largeur plutôt qu'en hauteur, indique que pour se développer elle a eu une grande résistance à surmonter. En effet, la lame aponévrotique qui vient de la couche profonde du fascia-lata, le muscle couturier, l'aponévrose de ce muscle, fortement unie aux aponévroses des muscles voisins, ont empêché le développement en hauteur de la masse pathologique, qui est ovoïde et produit sur la cuisse un relief assez prononcé. La peau qui la recouvre est saine ; elle a conservé son épaisseur, sa coloration, sa souplesse ; elle est mobile et glisse sur la tumeur. La consistance de cette grosseur lobulée n'est pas uniforme. Deux points sont mous et comme fluctuants ; les autres sont durs, résistants et un peu élastiques. Elle n'est pas adhérente à l'os, car on peut lui imprimer des mouvements dans tous les sens. Où cette production morbide s'est-elle développée ? Dans les tissus sous-jacents, sans connexion très-intimes avec eux ? ou bien adhère-t-elle aux muscles, aux aponévroses ou aux vaisseaux ? Il est difficile de se prononcer. Quoi qu'elle soit profondément située, sur le trajet même de l'artère fémorale, on ne perçoit aucun battement, aucun souffle. Si l'on fait contracter les muscles, la dureté de la masse augmente. Il y a un peu d'œdème au pied, à cause de la compression de la saphène, pressée entre la peau et la tumeur.

Les symptômes énumérés ci-dessus font diagnostiquer à M. Demarquay une tumeur *fibro-plastique.*

La position de la tumeur près du creux poplité, et sur le trajet des vaisseaux fémoraux, fait hésiter pendant quelques jours M. Demarquay à pratiquer l'opération. Enfin, après avoir pesé les chances de succès, sur les instances du malade, il se décide à l'extirper. Le 24 mars, la tumeur lui avait semblé un peu plus fluctuante par endroits.

Le 25 mars, après avoir endormi le malade au moyen du chloroforme, l'habile chirurgien de la Maison de santé fait une incision parallèle au bord externe du couturier, dans sa partie inférieure, d'une longueur de 20 centimètres environ. Le couturier, séparé de la tumeur, à laquelle il était du reste peu adhérent, est tiré en dedans au moyen d'un crochet, et maintenu par un aide dans cette position ; on en fait autant du vase interne, et l'on voit alors une tumeur, grosse comme un œuf d'autruche, proéminer entre ces deux muscles. Le doigt, promené autour, constate qu'elle est adhérente

aux vaisseaux fémoraux, qui la traversent dans une étendue de 5 centimètres. Au-dessus et au-dessous de la tumeur on sent parfaitement battre l'artère. La gaîne fait donc partie de la tumeur, et est probablement altérée.

Que faire en cette occurrence? On ne pouvait songer à lier l'artère pour enlever complétement la tumeur : il aurait aussi fallu lier la veine et le nerf saphène interne qui accompagne ces vaisseaux, et l'on sait que, la veine liée, il y a stase du sang veineux dans le membre inférieur, et, par conséquent, presque infailliblement gangrène de ce membre. Disséquer la tumeur et en isoler l'artère et la veine, dont les tuniques étaient probablement altérées, semblait trop dangereux, pour ne pas dire impossible. Prenant un juste milieu, M. Demarquay enleva tout ce qu'il put de la tumeur, tout en respectant les vaisseaux.

Pendant toute l'opération, qui a duré 20 minutes, le malade a perdu peu de sang. On panse sa plaie avec de la charpie sèche que l'on introduit dedans, on recouvre le tout d'un linge glycériné, et l'on fait le pansement habituel.

Trois heures après l'opération, l'état du malade est bon; il n'éprouve qu'un peu de cuisson dans la plaie.

Le 28, la plaie a une odeur fétide; elle est noirâtre ; le pus, très-liquide et en faible quantité, est sanieux. A deux heures de la nuit, le malade a eu de légers frissons, suivis de sueurs abondantes; pouls petit, 138 pul.; temp. axil., 39°. Soir : même état; les frissons se sont renouvelés pendant la journée. On peut à peine sentir le pouls, tellement il est faible et déprimé, 152 puls.; temp. axil., 39° 3/5.

Le 29 matin. Le malade a dormi un peu, mais son sommeil était souvent troublé par le délire. Pouls, 142; temp. axil.; 39° 1/5. Soir : le malade, plongé dans un état de somnolence, reste indifférent à tout ce qu'on lui dit. Le pouls est fort, 136 puls. ; temp. axil., 39° 1/5.

Le 30, la cuisse du malade, marbrée de plaques rougeâtres et bleues, est considérablement œdématiée; l'empreinte des doigts reste très-longtemps à s'effacer. Sur tout le corps on remarque ces mêmes taches rouges bleuâtres. Ses yeux, brillants, sont enfoncés dans l'orbite. Toute la nuit il a été tourmenté par un hoquet des plus rebelles. Pouls, 152; temp. axil., 39° 2/5.

Soir. Délire, oppression considérable ; 60 inspirations par minute. Langue sèche, noire. Le hoquet continue. Le pouls, irrégulier, intermittent, est à 132. Temp. axil., 40°. Le malade meurt à deux heures dans la nuit, cinq jours après l'opération. Anatomie pathologique de sa tumeur : Le volume de sa tumeur est celui d'un œuf de

dinde; elle est enveloppée d'une enveloppe fibreuse; elle est formée de lobes et de lobules, séparés par des lacunes ou vacuoles; le tissu de la tumeur est d'un blanc rosé, friable. La pression ne donne pas lieu à l'issue d'un suc blanc laiteux. La tumeur, en un mot, me paraît être de nature fibro-plastique.

M. VERNEUIL rappelle que dans un mémoire de Langenbeck, sur quelques points de la pathologie du système veineux, il y a des exemples de tumeurs que Langenbeck décrit comme des fibromes prenant naissance sur la paroi des veines.

M. FORGET a vu une tumeur semblable prenant naissance sur la carotide. Roux enleva à la fois la tumeur et l'artère. Le malade mourut des suites de l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Urétroscope pour les femmes. — M. DESPRÉS. J'ai l'honneur de présenter à la Société un urétroscope dont je me sers pour examiner l'urètre et la vessie de la femme, à l'hôpital de Lourcine.

Cet instrument, que j'ai fait construire par MM. Robert et Colin, est une simple sonde, à extrémité évasée, comme le spéculum auris de Gruber de Vienne, et Toynbee. C'est une sonde en argent, de 9 centimètres de long, d'un diamètre de 6 millimètres, ou du n° 21 de la filière Charrière, et pourvue d'un embout mobile.

Pour se servir de cet urétroscope, on place la malade devant une fenêtre bien éclairée, de façon à jouir de la lumière naturelle. On introduit le spéculum huilé, muni de son embout, à une profondeur variable.

Si l'on veut explorer l'urètre, on introduit le spéculum à une profondeur moindre de 3 ou 4 centimètres, on enlève l'embout et on retire le tube, de façon à faire passer devant soi toute la muqueuse de l'urètre.

Si l'on veut explorer la vessie, on introduit le spéculum à une profondeur de 6 à 8 centimètres, l'on retire le mandrin ou embout; l'urine coule alors si l'on n'a pas eu soin de faire uriner la malade. On abaisse le pavillon de la sonde-spéculum, on fait couler l'urine, puis on relève l'instrument, et on aperçoit alors, pendant quelques instants, la muqueuse vésicale.

J'ai pu employer cet instrument sans causer de douleurs, et sans être arrêté, chez presque toutes mes malades.

A l'état normal, l'urètre présente une coloration rosée, la muqueuse est lisse et luisante. On aperçoit au fond du tube un per-

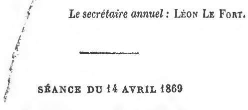
tuis rond, entouré d'un bourrelet circulaire, qui est la muqueuse urétrale. Depuis le col de la vessie jusqu'à 1 centimètre environ du méat urinaire, les parties sont disposées de la sorte ; mais au niveau du méat, l'urètre est représenté par une fente allongée.

La muqueuse de la vessie normale se présente sous l'aspect d'une membrane lisse, d'une coloration blanche ou blanc grisâtre, et peu vasculaire, comme le sont les muqueuses des individus cachectiques.

Depuis deux mois je me sers de cet instrument ; le nombre des observations pathologiques que j'ai pu recueillir est encore restreint; cependant, j'ai déjà vu que les chancres de l'urètre sont constitués par des ulcérations linéaires; que, dans l'urétrite, la muqueuse est villeuse, rouge et moins luisante qu'à l'état sain; que dans la cystite, la muqueuse offre une rougeur analogue à celle de l'urètre inflammé.

Il me reste à ajouter que cet urétroscope a des rapports avec le spéculum auri plein, et qu'il est seulement plus long et plus gros ; que dans l'appareil de M. Desormeaux il y a une sonde urétrale, qui ressemble à mon instrument et est introduite aussi à l'aide d'un mandrin. Il n'y a, entre cette pièce de l'endoscope et mon tube-spéculum, qu'une seule différence : c'est que je me sers, avec mon urétroscope, de la lumière naturelle, et que je n'ai pas besoin d'appareil d'éclairage; et j'appelle l'attention de la Société sur la simplicité et la facilité d'emploi de l'instrument explorateur que je lui soumets.

La séance est levée à cinq heures et demie.



Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie;* — La *Gazette médicale de Strasbourg ;* — Le *Montpellier médical;* — Le *Sud médical* (de Marseille).

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 1869, t. III, n° 2.

M. Liégeois offre à la Société la première partie de son *Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*.

M. le docteur Delthil adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Du traitement des fractures de la cuisse, et des accidents consécutifs*.

DISCUSSION SUR LE PROCÈS-VERBAL

Bec-de-lièvre. — Suture des os. — M. GUÉRIN. Le procès-verbal de la dernière séance a mal rendu ma pensée; j'attribuais à Debrou la suture des os maxillaire et intermaxillaire dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Broca a cru pouvoir réclamer la priorité de ce procédé, en se fondant sur ce fait que, dans le cas de Debrou, rapporté par Morel Lavallée dans le *Journal de thérapeutique* (1844, vol. 27, p. 441), il est parlé seulement de l'excision de la muqueuse qui recouvre l'os intermaxillaire et non de l'avivement de l'os lui-même. Je ne peux pas partager cette opinion, car, en 1866, à propos de la publication de l'article BEC-DE-LIÈVRE dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, M. Debrou écrivit à M. Demarquay une lettre reproduite dans cet ouvrage, lettre de laquelle il résulte qu'il aurait réellement avivé les deux os. Je dois toutefois ajouter que, dans le fait de M. Debrou, la consolidation ne s'est pas effectuée.

M. VERNEUIL. J'avais annoncé à M. Guérin que l'idée de la résection sous-périostée du vomer existait déjà dans la science, et qu'elle avait été mise en pratique par notre collègue M. Mirault (d'Angers). J'ai retrouvé, en effet, dans la *Gazette hebdomadaire* (1868, n° 38, p. 603), l'indication bibliographique précise. Je dois ajouter que, depuis plusieurs années, j'ai connaissance du procédé de M. Mirault, qui me l'a communiqué dans une lettre ayant pour objet un autre point de chirurgie.

Il me paraît évident que la même idée a germé spontanément dans l'esprit de MM. Mirault et Guérin. Notre collègue nous a fait connaître les effets avantageux qu'il a obtenus. Il serait à désirer que, de son côté, notre habile confrère d'Angers publiât avec détails le fait qu'il a observé.

Trachéotomie contre les accidents chloroformiques. — M. GIRALDÈS. Dans une des précédentes séances, M. Perrin a dit

avoir conseillé dans son livre la trachéotomie dans le cas où certains accidents de chloroformisation apparaissent. Loin de la conseiller, M. Perrin la repousse ; il dit (page 515) : La trachéotomie expose à verser du sang dans la trachée ; elle prive des services qu'on peut espérer dans l'excitation de l'arrière-gorge ; elle peut être suivie d'une fistule, etc. Comme elle n'est pas indispensable, elle doit être rejetée, à moins de circonstances exceptionnelles.

M. PERRIN. J'ai dit aussi : La trachéotomie est toujours une opération grave qui ne doit être tentée qu'en dernière ressource. Du reste, ce n'est pas la question d'utilité qu'a soulevée M. Giraldès, mais bien celle de la priorité, et il se l'attribue. Quant à moi, loin de la réclamer, j'ai dit, au contraire, en 1863, cinq ou six fois déjà : La trachéotomie a été faite pour permettre l'insufflation directe par le larynx. Je n'ai pas réclamé la priorité, mais il faut bien avouer qu'elle est loin d'appartenir à M. Giraldès.

COMMUNICATIONS

Tumeur prenant naissance dans la gaîne des gros vaisseaux. — M. VERNEUIL. — Cette variété de tumeurs a été décrite avec détails par M. Langenbeck, dans un mémoire intitulé : *Beitrage zur chirurgischen Pathologie der Venen* (1).

Le chirurgien de Berlin distingue deux cas : 1° une tumeur développée dans le voisinage des vaisseaux contracte avec eux des adhérences ; 2° la tumeur se développe dans la gaîne elle-même. Toutes les fois qu'une production morbide se trouve près des gros vaisseaux, on a toujours à se demander si les gros vaisseaux sont intéressés ou non, et si l'extirpation est ou non praticable ; or, tantôt les vaisseaux sont refoulés, déviés, déplacés, mais restent libres ; tantôt une adhérence secondaire s'établit, surtout dans les cas de cancer ; tantôt, enfin, l'adhérence est primitive, la tumeur ayant pris naissance soit dans le tissu conjonctif, soit dans les ganglions lymphatiques de la gaîne. M. Langenbeck admet trois variétés de ces tumeurs : les kystes dermoïdes, les sarcomes glandulaires et les cancers, et donne plusieurs observations d'extirpations pratiquées dans différentes régions du corps : aisselle, cou, cuisse, etc. L'adhérence primitive a lieu avec les veines jugulaires, axillaires, fémorales, liées rarement avec les artères correspondantes.

(1) *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. Ier, p. 53. 1860.

Je trouve dans Hanuschke (1) une observation de tumeur fibreuse de la portion crurale du pli de l'aine qui adhérait aux vaisseaux fémoraux ; mais le texte est concis, et il est impossible de décider si le fibrome partait de la gaîne ou s'il n'avait avec elle que des adhérences vasculaires.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, l'adhérence est fréquente, et elle met dans l'alternative ou de laisser l'opération inachevée, ou de reséquer un tronçon des vaisseaux englobés dans le produit morbide.

S'il ne s'agissait que d'une veine volumineuse, que ce soit la jugulaire interne, l'axillaire, la fémorale au pli de l'aine ou plus bas, on serait autorisé, par les faits actuellement connus dans la science, à faire une résection même assez étendue. Pour ma part, j'ai retranché sans accidents primitifs 6 centimètres de la veine axillaire, 5 centimètres de la veine fémorale au pli de l'aine; mais si l'artère principale du membre est intéressée, la chose est plus sérieuse; et comme la science manque de faits relatifs à la résection simultanée des deux gros vaisseaux satellites, je comprends toutes les perplexités de M. Demarquay.

Certains arguments indirects semblent cependant plaider en faveur de cette pratique hardie. Qu'aurait-on, en effet, le plus à craindre? La gangrène du membre par la suppression simultanée du cours du sang dans les deux gros vaisseaux. Or, sans être chimérique, cette crainte n'est peut-être pas aussi fondée qu'on le pourrait croire; car l'oblitération de la veine et de l'artère au même niveau a été plus d'une fois réalisée, volontairement ou non, simultanément ou à de courts intervalles.

On se rappelle la fameuse observation de Gensoul, qui lia l'artère fémorale pour une plaie de la veine. Cette opération a été répétée sans produire la gangrène.

Langenbeck, dans le mémoire que je viens de citer, rapporte deux cas d'extirpation de tumeur du cou, dans lesquels on reséqua simultanément la carotide et la jugulaire comme englobées dans la masse morbide.

Je viens, tout récemment, d'observer trois cas de blessure simultanée de l'artère et de la veine poplitée à sa partie supérieure. Une fois, il s'agissait d'une plaie par instrument tranchant. Dans les deux autres, les vaisseaux avaient été nettement divisés par le fragment

(1) *Chirurgisch-operative Erfahrungen.* Obs. 287, p. 346. Leipzig, 1864.

supérieur du fémur, fracturé par cause directe. Or, dans un seul de ces trois cas, on constata la mortification du membre; il s'agissait, à la vérité, d'un vieillard. Chez les deux autres blessés, une fillette de 10 ans environ et un vigoureux garçon de 22 ans, la vitalité de la jambe ne parut nullement compromise.

Enfin, dans un cas d'ablation de tumeur maligne du pli de l'aîne, j'ai reséqué la veine, et plus tard, lié l'artère correspondante.

Je reconnais volontiers que presque tous les malades ont succombé, mais les causes de la mort sont multiples, et la responsabilité n'en retombe pas exclusivement sur la blessure des vaisseaux.

Je reconnais encore que, si on pouvait prévoir d'avance l'envahissement des vaisseaux et de leur gaîne, il serait préférable de recourir d'emblée à l'amputation; mais il est des régions, telles que le cou, l'aisselle, le pli inguinal, où cette résolution extrême ne pourrait être appliquée. Si donc, en extirpant une tumeur dans ces points périlleux, on était mis en demeure de laisser l'opération inachevée et de reséquer l'artère entre deux ligatures, il serait peut-être plus sage d'opter pour ce dernier parti.

Je joins ici l'observation complète de la tumeur inguinale.

Sarcome ganglionnaire du pli de l'aine, avec adhérence à la gaine des vaisseaux. — Charles, 53 ans, cultivateur, venant de province, entre à l'hôpital Lariboisière le 6 septembre 1866. C'est un homme robuste, de haute taille, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'offrant aucun indice de syphilis ni de scrofule, et ne présentant d'autre trouble morbide qu'une tumeur inguinale, née sans cause appréciable six mois auparavant.

Le début a été marqué par l'apparition, dans la portion crurale du pli de l'aîne gauche, d'une petite saillie roulant sous la peau et du volume d'une petite amande.

Les progrès assez rapides du mal engagèrent notre patient à consulter un médecin, qui, après avoir employé sans succès et pendant un mois les cataplasmes et les pommades, crut sentir de la fluctuation et fit une ponction sur le sommet de la tumeur : il n'en sortit que du sang rouge.

On était dans les premiers jours de juin; depuis cette époque, la tumeur s'accrut continuellement. L'incision, loin de se cicatriser, s'agrandit de jour en jour et se transforma en une large ulcération bornée à la peau, mais mettant à nu le tissu propre de la tumeur dans l'étendue de plusieurs centimètres.

A l'entrée du malade, nous trouvons une tumeur ovoïde, à grand

diamètre transversal de 15 centimètres, occupant tout le triangle de Scarpa et recouvrant un peu en haut l'arcade crurale ; elle fait, au-dessus du niveau des parties voisines, une saillie de 6 centimètres environ.

La peau est non-seulement ulcérée en un point, mais encore adhérente, rouge, épaissie ; au pourtour de l'ulcération, au contraire, la tumeur paraît assez mobile sur les parties profondes et libre d'adhérences à sa périphérie ; elle est ferme au toucher, bosselée, lobulée, absolument indolente au toucher, et, du reste, n'est et n'a jamais été le siége de la moindre douleur ; elle ne détermine qu'une gêne mécanique en raison de son siége et de son volume.

Je diagnostique une tumeur développée dans les ganglions inguinaux et appartenant à la variété décrite sous les noms de *Sarcome ganglionnaire* ou de *Lymphome nucléaire*. L'examen le plus scrupuleux ne m'ayant fait découvrir aucune altération viscérale ni aucune affection diathésique, je propose l'extirpation, qui a été acceptée et pratiquée le 12 septembre.

Il fallait circonscrire la portion ulcérée de la peau entre deux incisions curvilignes. La première fut conduite du côté externe et inférieur de la tumeur, jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, et permit d'isoler sans peine une bonne partie de la circonférence et de la face profonde de la masse morbide, jusqu'au voisinage des vaisseaux fémoraux, dont la position exacte ne pouvait être que difficilement reconnue. Une seconde incision, rejoignant les deux extrémités de la première, mais passant par le côté supérieur et interne, acheva l'isolement périphérique de la tumeur, qui ne tenait plus que par une portion de la face profonde au niveau du fascia cribriformis.

Cette adhérence était large et solide, la dissection assez périlleuse ; aussi parut-il prudent de la faire à ciel ouvert : c'est pourquoi je retranchai toute la partie de la tumeur déjà isolée, afin d'avoir sous les yeux le pédicule profond ; celui-ci adhérait intimement à la gaîne des vaisseaux, enveloppait la veine et l'artère, et envoyait même entre elles un prolongement épais d'un travers de doigt ; je pus, en procédant avec lenteur et précaution, isoler l'artère dans l'étendue de 5 centimètres et ménager sa tunique externe. Mais il n'en fut pas de même de la veine ; ses parois étaient absolument confondues avec le tissu morbide, il fallait donc se résoudre à en sacrifier un segment, sous peine de laisser dans la plaie une partie du tissu morbide. En conséquence, je plaçai sur la veine deux ligatures distantes de 5 centimètres environ, et j'extirpai le reste du pédicule. Une cer-

taine quantité du tissu suspect, qui se trouvait en dehors de l'artère, fut étreinte par une ligature en masse.

L'opération avait duré 25 minutes environ. La perte de sang avait été médiocre; à la place de la tumeur reste une large plaie, infundibuliforme, au fond de laquelle on voit battre l'artère dénudée. On recouvre ce vaisseau avec un linge fin huilé, et on termine en remplissant la plaie de charpie fine, recouverte d'une vessie de glace.

Julep avec l'aconit et la digitale; potion calmante pour la nuit; bouillon et potages.

Nuit assez tranquille, peu de sommeil. Le lendemain matin, pas de fièvre, état satisfaisant; le pansement n'est pas levé; le membre n'offre pas d'œdème appréciable. Mêmes prescriptions dans la journée de mardi; à cinq heures, le malade vomit indistinctement, mais sans dégoût, toutes les substances ingérées. Tout cesse par l'administration de la glace.

Le 14. Nuit bonne, sommeil sans opium; fièvre légère, 90 pulsations; membre sans douleurs, mais gonflé, résistant, léger œdème. Les veines superficielles se dessinent sous la peau; cet état persiste le 15. Le pansement est levé pour le premier jour; la charpie, imbibée de pus et de sérosité, est enlevée avec précaution. La plaie a bel aspect, elle commence à se recouvrir de bourgeons charnus, roses et de bonne nature; l'artère bat toujours, mais avec moins d'énergie; elle est recouverte de bourgeons charnus, sauf en un point large de quelques centimètres qui n'est point encore détergé.

Le 16. La fièvre tombe. Le membre est beaucoup moins gonflé et moins dur, il n'est le siége d'aucune douleur. Il est évident que la circulation collatérale veineuse se rétablit par les vaisseaux profonds.

Les jours suivants, cet état favorable continue. Le malade dort, boit et mange. La fièvre n'est pas revenue. Le membre reste seulement un peu plus gros que l'autre, mais sans œdème véritable. La plaie a le plus bel aspect; elle est partout recouverte de bonnes granulations. L'artère ne se distingue plus que sous forme d'un cylindre bourgeonnant animé de pulsations assez faibles. Le point grisâtre existe toujours, et il est à craindre que les tuniques ne soient sphacélés dans l'étendue de quelques millimètres. C'est la seule circonstance qui m'inspire du souci; mais l'élimination de cette escarre ne semble nullement imminente; je temporisai encore.

Les choses en étaient là le 18 au matin, 7e jour de l'opération, lorsque, vers une heure de l'après-midi, se déclare une hémorrhagie abondante : 5 ou 600 grammes de sang sont perdus. Le malade est pâle et très-affaibli. J'arrive seulement à six heures. On a arrêté le

sang par la compression et la ligature de trois petites artérioles, émergeant du couturier; l'artère crurale n'a point cédé. Je crois néanmoins prudent de cerner la portion dénudée par deux ligatures, l'une placée à la partie supérieure de la plaie, à 1 centimètre de l'artère crurale, la seconde à 4 centimètres plus bas.

Comme la tunique externe me paraissait entièrement convertie en bourgeons charnus, j'employai pour les ligatures un fil ciré en double, et serrai très-modérément les nœuds, de façon à mettre en contact intime la paroi interne, mais sans couper brusquement les tuniques.

Malgré l'emploi des cordiaux et de tous les moyens propres à ramener les forces, le malade s'éteignit dans la nuit.

Autopsie. — Péritoine, plèvres, péricarde, arachnoïde, à l'état sain. Poumons emphysémateux; un peu d'hypostase à la base. Cœur volumineux, mou, exsangue, cavités presque vides. Nulle trace d'abcès métastatiques.

Foie de volume ordinaire et de coloration normale, plutôt un peu pâle. A sa surface convexe et en différents points du parenchyme, se trouvent quatre tumeurs d'un blanc éclatant, sans rougeur périphérique, formées par un tissu ferme, fibroïde, tout à fait semblable, histologiquement, à la tumeur principale, c'est-à-dire constituées par une grande quantité de noyaux arrondis, légèrement granuleux, sans nucléoles brillantes, ayant, en un mot, les caractères de l'épithélium nucléaire des ganglions lymphatiques.

Les ganglions iliaques, échelonnés le long de l'artère iliaque externe, étaient le siége de la même altération. Il y avait donc eu un commencement de généralisation, à coup sûr antérieure à l'opération, mais que rien n'avait fait prévoir.

Les alentours de la plaie inguinale n'offraient aucune lésion notable, ni décollement, ni phlegmon diffus. Au-dessous de la couche des bourgeons charnus, les membres dénudés ne présentent aucune altération profonde, ils ont conservé leur couleur et leur consistance normales. Les phénomènes locaux étaient donc réduits à leur plus grande simplicité. La veine iliaque externe et la veine fémorale, au-dessous de la ligature, étaient remplies d'un caillot assez long, adhérant à la face interne et sans apparence de suppuration. L'artère fémorale ne renfermait point de caillots adhérants, sans doute à cause du peu de temps qui avait séparé la ligature de la mort. Le point grisâtre dont j'ai parlé plus haut était encore solidement adhérent aux parties ambiantes; mais la tunique externe était sphacélée à ce niveau, et probablement, lors de l'élimination des portions dénudées

des tuniques internes, nous aurions eu une hémorrhagie. Aucun caillot intérieur n'occupait le segment artériel compris entre les deux ligatures.

Ce fait est très-intéressant au point de vue des dénudations artérielles, des résections veineuses, des hémorrhagies secondaires et de la généralisation méconnue des produits morbides; mais je le cite seulement comme exemple d'envahissement secondaire de la gaîne des gros vaisseaux et pour montrer les difficultés opératoires qu'engendrent de tels rapports.

Ectromélie portant sur les deux derniers doigts et métacarpiens de la main droite. — M. TRÉLAT présente le moule en plâtre de ce vice de conformation. Il a été pris sur un homme de 46 ans, robuste, vigoureux, parfaitement constitué, entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 4, en février dernier, pour une fracture de côtes qui n'a rien offert de particulier.

Cette main incomplète est bien conformée; quand elle est placée en demi-pronation, elle ressemble absolument à une main normale, et si on l'examine, la première pensée de l'observateur est que le sujet a été heureusement amputé des deux derniers métacarpiens et de leurs doigts.

Mais cette hypothèse est inadmissible. Il n'y a aucune cicatrice dans la région, et le malade affirme de la manière la plus catégorique que cette conformation remonte à la naissance. D'ailleurs, une petite palmature placée entre le second et le troisième doigt indique déja que, malgré les apparences, il y a une conformation vicieuse d'origine intra-utérine.

En présence de cet aspect, de cette malformation exclusivement limitée à la main droite, l'autre main, les pieds et tout le corps étant normaux, M. Trélat pensa d'abord à une amputation congénitale. Mais cette seconde hypothèse ne concorde pas mieux que la première avec l'état des organes. Le pouce et l'index n'offrent aucune particularité; mais le troisième doigt a le volume d'un médius et non sa longueur; il est à peine aussi long qu'un annulaire. De plus, le métacarpien qui supporte ce troisième doigt est beaucoup plus large que le troisième métacarpien de la main gauche, et une profonde rainure, facile à apprécier sur sa face dorsale, montre qu'il y a là une coalescence de deux métacarpiens; de telle sorte qu'il est difficile de dire exactement quel est ce troisième doigt.

Le poignet est un peu plus petit que celui du côté opposé; mais cette différence est très-peu marquée,

En somme, c'est un exemple d'ectrodactylie très-caractérisé et offrant cette particularité importante, que la malformation est rigoureusement limitée aux deux derniers doigts, ce qui ne s'observe pas d'habitude.

L'hérédité paraît n'avoir eu ici aucune influence. Le père et la mère de notre sujet étaient parfaitement constitués. Il n'a eu ni frère ni sœur; mais lui-même s'est marié, ct ses sept enfants n'offrent aucun vice de conformation.

Laryngite syphilitique. — M. TRÉLAT. Les accidents syphilitiques des voies respiratoires, comme beaucoup de manifestations tardives de l'infection vénérienne, sont loin d'être parfaitcment connus. J'ai voulu les étudier récemment au seul point de vue des indications opératoires, et, bien que je ne me flatte pas d'avoir dit le dernier mot sur cette face particulière du sujet, j'en vois plusieurs autres qui sont encore moins avancées, notamment le diagnostic et la nature des désordres anatomiques,

Notre excellent collègue M. Guérin, qui a bien voulu se charger du rapport sur le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine, exprimait le regret que je n'eusse point établi à quelle période de la syphilis il fallait rapporter les lésions de l'arbre respiratoire. Je partage ce regret, et je n'ai demandé la parole que pour essayer de lui donner une faible satisfaction. Mais dans le mémoire auquel je fais allusion, je ne devais pas aborder cette question; et d'ailleurs, l'eussé-je voulu, les observations ne me permettaient pas d'arriver à une solution satisfaisante.

J'avais fait remarquer cependant, et cette remarque me semble importante, que les accidents des voies respiratoires se montrent en général à une époque éloignée du début de la syphilis, cinq ans en moyenne, et souvent dix, quinze, vingt ans après ce début; que parfois il y a lieu de pratiquer la trachéotomie chez des sujets récemment infectés, mais qu'alors la maladie affecte une marche violente et brusque qu'on peut légitimement rapporter à un œdème inflammatoire se propageant depuis l'isthme du gosier envahi par des plaques muqueuses, ou un érythème spécifique.

Ces remarques fournissent une présomption; mais la certitude ne peut venir que des observations directes faites dans le but d'élucider la question.

Fort heureusement, depuis que l'usage du laryngoscope s'est généralisé, la pathologie du larynx a été remaniée de fond en comble, et les affections syphilitiques n'ont pas échappé à cette révision. Il a

fallu renoncer à cette idée que le larynx n'est jamais atteint que par la propagation d'ulcères descendus de l'isthme du gosier. Cette propagation a été constatée, il est vrai, pour des accidents secondaires, plaques muqueuses ou érythème, qui ont été directement observés sur les cordes vocales, dans la glotte respiratoire, ou sur les replis ary-épiglottiques. Mais c'est sous un tout autre aspect que se présente la laryngite syphilitique tertiaire. Celle-ci est habituellement séparée par un long intervalle de toutes les autres manifestations de la maladie constitutionnelle; elle se montre sous une forme insidieuse, et bien souvent, jusqu'à ces dernières années, elle a dû échapper au diagnostic : aussi est-elle considérée comme beaucoup plus fréquente depuis qu'on la connaît mieux. MM. Gerhardt et Roth, cités par M. Rollet, disent même qu'un certain nombre de laryngites chroniques, auxquelles on ne peut assigner de cause apparente, doivent être rattachées à la syphilis.

Des tubercules d'une nature encore mal déterminée, décrits par M. Cusco sous le nom d'éruption papulo-tuberculeuse, qui ne sont peut-être que des gommes avec hyperplasie de la muqueuse, de véritables gommes, et plus tard des ulcérations tendant à gagner en profondeur, sont les lésions les plus communes de cette forme de laryngite.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'étudier ni d'observer les plaques muqueuses ni l'érythème du larynx, qui appartiennent aux premiers mois de la syphilis (trois à six), et qui sont connus sous le nom ancien d'enrouement ou de raucité syphilitique; mais les deux malades chez lesquels j'ai fait la trachéotomie étaient incontestablement atteints d'accidents tertiaires. L'un (femme) était syphilitique depuis vingt ans; l'autre, depuis seize ans; tous deux avaient eu déjà d'autres manifestations du même ordre. Dans les deux cas, le laryngoscope donna, entre les mains de M. Potain et les miennes, les résultats les plus positifs : rougeur, gonflement, large ulcération de la corde vocale supérieure gauche, dans le premier cas; mêmes désordres, moins l'ulcération, dans le second. Enfin, ces deux malades guérirent par un traitement régulier et rigoureux avec l'iodure de potassium.

Dans ces deux cas, il n'y a donc aucune espèce de doute à avoir sur la nature des accidents ni sur la thérapeutique qui leur convenait, l'iodure de potassium ; car je ne parle pas de la trachéotomie, qui n'était pas le traitement de la maladie, mais celui d'un épiphénomène, d'une complication passagère et redoutable.

Cependant la pratique est loin d'être fixée sous ce rapport. D'a-

bord le diagnostic est mal assuré ; puis, en le supposant fait, beaucoup hésitent d'abord sur l'opportunité d'un traitement spécifique, ensuite sur la nature de ce traitement.

Situation vraiment fâcheuse, car ces laryngites tertiaires sont infiniment graves si leur marche progressive n'est point arrêtée par un traitement efficace. Ulcération, chondrite et périchondrite, nécroses, cicatrices rétractiles et larges, rétrécissements consécutifs, menacent plus ou moins promptement la vie des malades, sans compter l'œdème sous-muqueux et l'asphyxie.

Quant à moi, je n'hésite pas à conclure des faits que j'ai vus et de mes lectures, qu'en dehors de l'enrouement syphilitique coïncidant avec la roséole et les plaques muqueuses, accident bénin et de diagnostic facile, en raison même de la coïncidence, il y a lieu de rechercher l'origine syphilitique chaque fois qu'on a affaire à une laryngite chronique persistante avec raucité de la voix, petite toux, sensibilité à la pression, quand bien même il n'y aurait pas ou il n'y aurait pas eu depuis longtemps d'autre accident appréciable ; que le diagnostic devient aisé dès que le soupçon de la cause est entré dans l'esprit, ce diagnostic reposant sur les commémoratifs et l'examen laryngoscopique ; en dernier lieu, qu'il faut sans hésiter administrer l'iodure de potassium à dose croissante et proportionnée à la résistance de la maladie, indépendamment du traitement topique qui peut être utile.

Si ces idées étaient acceptées et prenaient cours dans la pratique, il me semble qu'un progrès réel aurait été accompli. L'action thérapeutique, au lieu de s'épuiser contre de profondes et rebelles désorganisations, au lieu de lutter en vain contre des rétrécissements cicatriciels absolument réfractaires, s'exercerait avec une rapide efficacité contre les premières phases de ces lésions, hyperplasies muqueuses et sous-muqueuses, presque toujours dociles à l'iodure de potassium. On aurait, suivant l'expression vulgaire, coupé le mal dans sa racine, tandis qu'aujourd'hui nous en sommes encore à attendre souvent qu'il ait porté ses tristes fruits.

Un fait que j'ai eu occasion d'observer l'année dernière n'a pas peu contribué à asseoir ces opinions dans mon esprit et m'a vivement frappé sous différents points de vue. Je demande à la Société la permission de le lui exposer tel qu'il s'est présenté à moi.

Dans le courant de l'hiver 1867-68, M. X..., âgé d'une trentaine d'années, constata que sa voix devenait un peu sourde, comme cassée, et que cet état, d'abord un peu irrégulier, tendait à devenir constant. En même temps, parut un peu de toux, survenant sous

l'influence de bronchites concomitantes qui se produisaient à la suite de refroidissements. Le malade prit des précautions, fit usage de boissons sudorifiques et balsamiques, et obtint, à plusieurs reprises, des améliorations réelles, mais sans continuité. Le printemps vint, suivi bientôt de cet été remarquable par sa haute température si longtemps soutenue. Ces conditions favorables n'amenèrent pas le résultat désiré et même attendu. La voix garda son caractère voilé, sans raucité marquée; elle était bornée à la fois dans son étendue, surtout dans le haut du diapason vocal et dans son intensité, tout effort déterminant une grande et inutile fatigue. Une petite toux sèche, accompagnée de légers crachats muqueux, se produisait de temps à autre et devenait plus fréquente qu'au début. En même temps le malade présentait les signes d'un mauvais état de santé; la couleur de la peau était moins bonne; il y avait un peu d'amaigrissement, de la lassitude, pas d'entrain, une inappétence croissante.

La famille de M. X... s'inquiéta de cette situation, et on demanda successivement à plusieurs de nos collègues, médecins des hôpitaux, d'examiner la poitrine du malade. Cet examen ne révéla aucune lésion grave; cependant on notait un peu d'insuffisance et de saccade du bruit respiratoire dans l'un des sommets. Ce n'était ni très-inquiétant ni complétement rassurant, surtout en tenant compte de l'état général. M. X... alla alors faire un séjour dans une station thermale que je ne nommerai pas, ce qui n'a du reste aucune importance, car le malade se borna à profiter du soleil, de la belle nature qui l'entourait et à prendre quelques douches froides.

Il revint à Paris en meilleur état. L'appétit et les forces s'étaient relevés; l'aspect du visage était plus satisfaisant, la voix plus forte, mais cependant toujours voilée et bornée. Profitant de cette amélioration, le malade et son entourage cessèrent de s'inquiéter, et la santé se maintint pendant un certain temps.

Cependant, avec les premiers froids de l'automne, la voix se voila davantage, reprit peu à peu les mêmes caractères qu'à l'hiver précédent, et les signes d'affaiblissement général revinrent et persistèrent malgré un traitement tonique soutenu pendant plus d'un mois.

J'avais suivi, d'un peu loin il est vrai, la succession des phénomènes que je viens d'exposer. Dès maintenant, surtout après la première partie de ma communication, vous pressentez la fin de cette observation qui paraît toute simple, surtout si j'ajoute que, cinq ans auparavant, M. X... avait eu une syphilis modérée, mais parfaitement caractérisée par un chancre, la pléiade ganglionnaire, la ca-

chexie spéciale, la roséole, des plaques muqueuses, et plus tard, à plusieurs reprises, des papules cuivrées.

Mais cette vérole était si bien guérie, si complétement disparue depuis longtemps, en apparence au moins, que pendant toute la première période de la maladie laryngienne, quoique j'eusse soigné le malade lors de sa contamination, je ne songeai pas un instant à rattacher l'affection à sa véritable cause.

Les laryngites simples à marche subaiguë sont si fréquentes, celle-ci était d'ailleurs si peu grave au commencement, si peu active dans ses progrès, elle paraissait si bien être la conséquence du refroidissement, que je restai dans la plus complète sécurité.

Plus tard le malade, préoccupé surtout de son état général, demanda des conseils médicaux sans parler d'une maladie antérieure qui, suivant lui, ne se reliait en aucune manière avec les symptômes qu'il éprouvait. Il alla aux eaux, s'en trouva bien, et, pour un temps, ne s'occupa plus de sa santé.

Quand la rechute s'accusa, je rédigeais le mémoire que j'ai lu à l'Académie sur la *Trachéotomie dans les accidents syphilitiques des voies respiratoires;* j'avais lu bon nombre d'observations et de travaux se rapportant au sujet. L'histoire de M. X... se présenta à mon esprit sous un tout autre jour, et j'entrevis le diagnostic : laryngite tertiaire, anémie syphilitique. Quelques jours après, le laryngoscope me donnait une première confirmation : le vestibule du larynx était rouge et légèrement gonflé, la corde vocale supérieure droite était bosselée, saillante et atteignant presque le niveau de la corde inférieure; sur cette dernière, une petite saillie sessile, grosse comme un grain de millet. Je passe sur les autres examens, faits pendant le cours du traitement, et sur le grand bénéfice que je retirai des gargarismes au bromure de potassium pour apprivoiser le gosier de ce malade.

Immédiatement après le premier examen, j'ordonnai 1 gramme d'iodure de potassium. Au bout de huit jours l'appétit était absolument rétabli. Au bout de quinze jours, avec 2 grammes d'iodure, l'état général était excellent et le malade déclarait avoir retrouvé comme par enchantement son entrain, sa vigueur, et ne s'être jamais mieux porté. La voix se dévoilait sensiblement, mais laissait encore à désirer. Un mois après, c'est-à-dire au bout de six semaines en tout, la dose du médicament ayant été élevée à 3 grammes, les fonctions vocales étaient revenues à l'état normal, tant comme intensité que comme étendue. L'action décisive de l'iodure de potassium me paraît être la seconde confirmation de mon diagnostic.

Depuis trois mois que ces faits se sont passés, la guérison ne s'est pas démentie. M. X... se porte à merveille; j'espère qu'il est définitivement quitte. En tout cas, l'un et l'autre, nous savons maintenant à quel saint nous devrons nous adresser si quelque nouvel orage se lève.

Je m'excuse, en terminant, des détails circonstanciés de cette observation, mais je ne veux pas faire de fausse modestie. Là où je me suis trompé, d'autres pourront se tromper aussi. Pour que cette communication eût quelque utilité, je devais montrer les causes de mon erreur passagère, les raisons qui m'en ont fait sortir et le succès d'un traitement opportun.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — *Le Sud médical de Marseille*.

Premier fascicule du *Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac*.

M. Védrenne, chirurgien militaire à Fort-Napoléon, adresse une observation intitulée : *Gangrène momifique des deux pieds; double amputation, guérison*. — Renvoyé à M. Paulet, rapporteur.

COMMUNICATIONS

Trachéotomie dans les affections syphilitiques du larynx. — M. DESPRÉS. J'ai observé, à l'hôpital de Lourcine, une malade

qui a eu une laryngite syphilitique, pour laquelle j'ai dû pratiquer, il y a quatorze mois, la trachéotomie, et placer une canule que la malade porte encore. J'ai désiré signaler ce fait, parce qu'il prouve que les oblitérations du larynx peuvent avoir lieu par suite de lésions autres que les accidents tertiaires. Voici le fait :

La nommée L... (Gabrielle), âgée de 26 ans, était entrée dans mon service le 25 décembre 1867, se plaignant d'une bronchite et d'un enrouement qu'elle avait, disait-elle, depuis six mois. La respiration était très-gênée et la voix était éteinte. Outre cette maladie, la fille L... avait encore une éruption de boutons sur les lèvres et des croûtes dans les cheveux ; l'haleine de la malade était mauvaise.

La suffocation paraissant le phénomène capital, la malade a été soumise à l'examen laryngoscopique, et j'ai trouvé des plaques muqueuses à forme végétante, au nombre de dix ou douze, sur la base du V lingual, une petite ulcération sur le repli ary-épiglottique du côté droit, et une plaque muqueuse sur la corde vocale du côté droit. L'orifice laryngien ne s'ouvrait pas, l'air passait avec peine entre les cordes vocales; sur les côtés de la glotte, les parties étaient tuméfiées, pâles et lisses. La malade était maigre, et ses règles venaient mal.

Quoiqu'il n'y eût aucun antécédent de syphilis, dite primitive, dans les maladies antérieures de cette jeune femme, je n'hésitai pas à rattacher les accidents à une syphilis constitutionnelle, datant au moins de six mois. D'ailleurs, les plaques muqueuses de la gorge, les syphilides papuleuses de la face et du cuir chevelu autorisaient ce diagnostic. Je dois ajouter que la malade avait été traitée, il y a quatre ans, par M. Verneuil, à l'hôpital de Lourcine, pour une métrite, que j'avais soigné moi-même cette malade dans mes salles, dix-huit mois après, pour une récidive de sa métrite, et que ni M. Verneuil ni moi n'avions constaté de syphilis chez la fille L...

Le 2 février, j'ai pratiqué la trachéotomie, et j'ai observé la malade. Celle-ci a eu pendant plusieurs mois des récidives de syphilide palpuleuse de la face, et j'ai constaté, deux fois au moins, des plaques muqueuses ulcérées à la commissure des lèvres. Le 25 mars 1868, la malade a eu un abcès à la cuisse, qui m'a paru être une gomme sous-cutanée, et qui a guéri en trois semaines après une incision. A partir de ce moment, la malade, qui était soumise au régime tonique, a repris de l'embonpoint.

Pendant tout ce temps j'examinai de temps en temps le larynx, et je le trouvai oblitéré par un gonflement qui paraissait siéger au niveau des ventricules du larynx. J'ai vu aussi les plaques muqueuses de

l'arrière-gorge disparaître après des cautérisations, mais la canule à trachéotomie a dû être gardée. J'ai remarqué aussi que les règles, revenues avec l'embonpoint de la malade, avaient une certaine influence sur le gonflement de la muqueuse du larynx. La malade, à ses époques, pouvait moins se faire entendre quand elle cherchait à parler en bouchant sa canule.

J'ajoute que, depuis quatorze mois, j'ai essayé les moyens préconisés pour guérir les laryngites syphylitiques tertiaires : j'ai donné de l'iodure de potassium pendant deux mois, à dose de 1 et 2 grammes par jour, cela n'a rien fait ; j'ai essayé de dilater le larynx par un cathétérisme rétrograde en passant des baleines par la plaie de la trachée, je n'ai rien obtenu.

Toutefois, je dois dire qu'aujourd'hui le larynx est plus libre, que le cathétérisme est plus facile et qu'il passe plus d'air par le larynx, et je compte bientôt employer la canule de M. Broca.

En résumé, je crois qu'il s'agit chez ma malade d'une laryngite syphilitique, des premiers temps de la syphilis ; qu'il y a eu là des plaques muqueuses végétantes du larynx, et qu'elles ont empli le larynx et ses ventricules, d'où un gonflement énorme de la muqueuse et une oblitération. Je pense que si elles ont duré, c'est parce qu'il m'a été impossible de les atteindre par une cautérisation directe, et que le gonflement qui les accompagne est long à disparaître, et ne peut laisser le larynx reprendre ses fonctions, quoique les plaques muqueuses soient guéries. Il me reste bien un doute que rien ne peut éclaircir : je crains que les plaques muqueuses ne soient devenues des végétations, comme je l'ai observé déjà pour un certain nombre de plaques muqueuses végétantes de la langue.

M. GUÉRIN. M. Desprès s'est trompé quant à la signification des communications faites à l'Académie sur ce sujet. S'il a été dit, en effet, que les rétrécissements syphilitiques ne sont pas dus à des accidents secondaires, mais à des accidents tertiaires, il n'a pas été dans l'idée de M. Trélat, ni du rapporteur, de dire que les accidents secondaires ne pouvaient amener l'œdème de la glotte, et, par conséquent, nécessiter la trachéotomie. Personne, je crois, n'a jamais nié que les plaques muqueuses puissent se développer sur la langue et sur la glotte.

M. TRÉLAT éprouve un grand étonnement de la communication de M. Desprès. Si les accidents étaient dus seulement au gonflement de la muqueuse, si c'était à cette cause seule que dût être attribuée l'impossibilité où s'est trouvé M. Desprès de pouvoir enlever la canule, ce fait serait contraire à tous ceux qui ont été observés ; car dans

tous il y avait du côté du larynx des désordres considérables, et cela n'existe en général que lorsque l'affection a une longue durée.

M. DESPRÉS. La malade n'éprouvait de maux de gorge que depuis six mois. Je n'ai pas la prétention de renverser les opinions émises par MM. Guérin et Trélat; ils ont affirmé que l'oblitération des voies respiratoires n'était possible que dans le cas de syphilis tertiaire. Je me suis borné à produire ce fait, à publier cette observation, que j'ai prise moi-même.

M. TRÉLAT maintient ses réserves quant à l'ancienneté réelle des accidents syphilitiques chez la malade de M. Després.

Imperforation de l'anus et communication de l'extrémité inferieure du gros intestin avec la vessie. — M. MARJOLIN. Le but de ma communication est de demander à ceux d'entre vous qui ont eu occasion de rencontrer un cas semblable quelle est la conduite à tenir; cette fois, il ne s'agit plus d'une simple imperforation de l'anus, mais d'une communication anormale du rectum avec la vessie. Ce vice de conformation, très-rare chez les garçons, s'est présenté deux fois à mon observation dans l'espace de quelques mois, la dernière fois chez un enfant de cinq jours, que je n'ai pas revu, bien que j'eusse engagé ses parents à me ramener le petit malade; dans l'autre cas, celui dont je vais rapporter l'histoire, il s'agit d'un enfant actuellement âgé de six mois.

C'est le 26 octobre 1868 que je vis l'enfant pour la première fois. Il y avait quarante heures qu'il était né. La mère a eu quatre enfants dont trois sont morts de convulsions; aucun d'eux n'avait présenté de vice de conformation. A l'occasion de cette communication, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien, à Paris, nous sommes malheureux toutes les fois que, dans les cas d'imperforation anale, nous sommes obligés de recourir à la méthode de Littre. Pour ma part, malgré tous les soins que j'ai pu prendre, je n'ai pu parvenir à dépasser le terme de dix-neuf jours. Ces insuccès me semblent dépendre de deux causes : du retard que l'on met à nous présenter les enfants atteints de ce vice de conformation, et des tentatives répétées pour trouver la fin du gros intestin; quelques-uns de ces enfants m'ont été amenés au bout de cinq ou six jours, ayant le ventre douloureux, distendu, et, malgré les vomissements incessants, on continuait à donner des laxatifs; dans d'autres cas, les recherches de toute nature faites pour rencontrer le gros intestin laissaient peu de chances de succès. Ici l'enfant n'avait eu encore que quel-

ques vomissements, et prenait bien le sein; le ventre était médiocrement tuméfié ; en définitive, l'état général était assez bon.

Au premier aspect, l'anus paraissait bien conformé, mais l'examen fait avec une sonde cannelée démontrait l'existence d'un cul-de-sac; l'exploration faite avec le doigt semblait indiquer qu'il n'y avait pas un grand espace entre la peau et l'ampoule du gros intestin. J'introduisis, comme j'en ai l'habitude, d'après le conseil donné par notre collègue M. Guersant, une petite sonde dans la vessie; en la retirant, je trouvai les yeux remplis de méconium ; ayant acquis la certitude qu'il existait une communication anormale de la vessie et du gros intestin, je cherchai, avant de commencer l'opération, à débarrasser la vessie par une injection d'eau tiède; cette injection provoqua l'issue d'une assez grande quantité de gaz et de méconium. Voulant alors donner une plus libre issue aux matières, je pratiquai une incision au périnée, et je trouvai assez profondément la fin de l'intestin ; sous l'influence des cris et des efforts, le méconium sortit et par l'urètre et par l'incision.

Pendant les quatre premiers jours, le cours des matières continua par ces deux ouvertures; il y eut bien encore quelques vomissements et un peu de tension de l'abdomen, mais les bains et les fomentations émollientes firent cesser ces accidents, et l'enfant continua à prendre le sein; malheureusement, dès le cinquième jour l'ouverture artificielle cessa de livrer passage aux matières, qui reprirent leurs cours anormal. Depuis cette époque, j'ai revu, à des intervalles plus ou moins éloignés, l'enfant, qui continue à prendre des forces et de l'embonpoint ; il y a eu quelquefois une légère constipation, qui a facilement cédé à de légers laxatifs; mais c'est une situation exceptionnelle que je ne crois pas prudent de prolonger, et c'est dans le but de connaître si quelqu'un d'entre vous a pratiqué avec succès une opération dans un cas semblable que j'ai cru devoir vous faire part de ce fait, dont je résume actuellement les détails notés avec soin, et chaque jour, par M. Chaume, interne de mon service.

M. DEMARQUAY croit qu'il n'y a pas à hésiter sur la conduite à tenir en pareille circonstance ; il faut agir et pratiquer une opération. On ne peut attendre, car le passage des matières fécales par la vessie ne tarde pas à amener des altérations graves. L'opération est d'autant plus indiquée que la première tentative de M. Marjolin a montré que le rectum était accessible ; mais si l'on veut éviter l'oblitération de l'orifice artificiel, il faut suturer la muqueuse et la peau.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Demarquay. Il a eu l'occasion de faire l'opération sur une petite fille chez laquelle l'anus s'ouvrait

en arrière de l'hymen; il fit huit points de suture réunissant la peau et la muqueuse; le succès fut permanent.

L'absence ou la présence du sphincter est une circonstance importante; le plus souvent, le sphincter est réduit à quelques fibres; et sitôt qu'il y a un peu de constipation, il y a procidence de la muqueuse rectale.

M. BLOT a vu, à l'hôpital des Cliniques, un grand nombre de cas semblables dont il a opéré la dissection avec le plus grand soin; le sphincter anal existe le plus souvent, et l'incontinence des matières n'est pas aussi à craindre qu'on paraît le croire.

M. BOINET. J'ai observé la communication de la vessie et de l'intestin chez un homme de quarante-quatre ans. Il éprouvait dans la région de vives douleurs qu'on croyait pouvoir attribuer à une névralgie. Un jour que les douleurs avaient été plus fortes, nous le fîmes uriner; il rendit du pus, ce qu'il n'avait jamais fait. Plus tard, on trouva dans l'urine des matières noirâtres qui n'étaient, ainsi qu'il résulte d'un examen de l'urine fait par M. Davaine, que des matières alimentaires non complétement digérées. Malgré cette communication, les urines restèrent claires, et il n'y eut pas d'inflammation de la vessie.

M. GIRALDÈS. Le point où a lieu la communication de la vessie avec le rectum est des plus variables; M. Danyau l'a vu à l'urètre; assez souvent le rectum se prolonge en pointe et sous forme de bride jusque vers la prostate; d'autres fois il se termine beaucoup plus haut, sous forme d'ampoule. On ne peut s'abstenir d'opérer, car il y a péril à permettre le passage des matières par la vessie. L'opération qui doit être préférée est celle d'Amussat; j'ai eu l'occasion d'y avoir recours plusieurs fois, entre autres chez un petit malade que j'ai pu suivre pendant six mois; se borner à une simple ponction, c'est aller au-devant d'un insuccès, car l'ouverture ainsi faite se rétrécit peu à peu et s'oblitère.

M. TRÉLAT. Il y a un siége d'élection pour l'abouchement anormal: c'est la partie supérieure du trigone vésical. La disposition du rectum peut varier, l'oblitération peut commencer plus ou moins haut; la partie rétrécie peut se prolonger plus ou moins loin, mais elle aboutit toujours, en définitive, au niveau du trigone.

M. VERNEUIL. M. Giraldès vient de faire allusion à la résection partielle du coccyx. J'ai proposé jadis cette petite addition au Manuel de l'entérotomie périnéale, pour atteindre plus aisément l'ampoule rectale lorsqu'elle se trouve assez loin de la surface cutanée. Cette proposition, faite à la Société de chirurgie, y fut assez mal

accueillie. Or, deux fois depuis j'ai eu l'occasion de faire la résection susdite. L'un de mes petits sujets a vécu dix jours et a succombé à un sclérome; l'autre, qui m'avait été apporté un matin à l'hôpital, a été perdu de vue.

Tout ce que je puis dire, c'est que le procédé est très-simple ; la découverte, l'ouverture, la fixation de l'intestin singulièrement facilitées ; la résection de la moitié inférieure du coccyx, très-facile d'ailleurs, ne compliquait nullement l'opération.

Dans l'extirpation d'une tumeur du rectum chez l'adulte, j'ai eu recours également, et avec avantage, à la résection partielle du coccyx. L'os, mis à nu, a été divisé en travers avec la pince de Liston. Le champ opératoire subitement agrandi par cette manœuvre, le maniement des instruments est devenu beaucoup plus sûr et plus commode.

M. MARJOLIN. Mon intention était de pratiquer de nouveau l'opération, mais j'ai tenu à avoir l'avis de mes collègues.

PRÉSENTATION DE MALADES

Bras artificiel. — M. GRIPOUILLEAU présente un malade amputé du bras, auquel il a appliqué un bras artificiel de son invention ; à ce bras peut s'appliquer à bon droit la qualification de prothèse des pauvres, car son prix n'est que d'une trentaine de francs, et il permet à l'opéré de se livrer, avec une grande facilité, à tous les travaux des champs et de gagner sa vie par son travail.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Dilatateur du rectum. — M. TILLAUX présente à la Société un rectotome, instrument destiné à sectionner le rétrécissement du rectum.

Tous les chirurgiens, dit M. Tillaux, ont été aux prises avec les difficultés que présente le traitement des rétrécissements du rectum. La dilatation, soit avec les mèches, avec les canules en gomme, etc., est le moyen le meilleur et le plus généralement employé; mais il est parfois, souvent même insuffisant, et il faut alors recourir à l'incision.

Se trouvant en présence d'un cas semblable, chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'un rétrécissement fibreux du rectum rebelle à

la dilatation, M. Tillaux fit construire un instrument destiné à inciser le point rétréci.

Cet instrument se compose d'une extrémité terminée en olive, de volume variable et renfermant dans son intérieur deux lames qui peuvent se développer de façon à produire des incisions depuis 1 millimètre jusqu'à 15 millimètres de chaque côté. Ces lames sont faites à la manière de celles qu'a imaginées M. Maisonneuve pour son urétrotome, c'est-à-dire qu'elles sont mousses à leur partie la plus saillante.

Cet instrument, habilement construit par MM. Robert et Collin, a pu être très-facilement manœuvré sur la femme opérée par M. Tillaux, et a donné de très-bons résultats.

Les principaux avantages sont :

1° De pouvoir graduer et limiter exactement les incisions;

2° De pratiquer ces incisions aussi petites que l'on veut, et de les multiplier sur le pourtour du cercle fibreux. On remplace, de cette façon, la profondeur par le nombre, et l'hémorrhagie est beaucoup moins à craindre.

Enfin, la tige, terminée par l'extrémité olivaire, porte un curseur qui permet de mesurer rigoureusement la hauteur et l'étendue du rétrécissement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire*. — Le *Marseille médical*, n° 4.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus*, par le docteur Ancelet (de Veilly-sur-Aisne), membre correspondant. Broch. in-8°.

— *Une épidémie de peste en Mésopotamie en* 1867, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Beitrage zur Geschwulstlehre*, par Th. Billroth et V. Czerny. Broch. extraite des Archives de clinique chirurgicale de Laugenbeck, band XI, heft 1.

M. Thomas (de Tours) adresse à la Société l'observation suivante :

Occlusion intestinale datant de trente-trois jours. — Entérotomie. — Guérison et rétablissement du cours normal des matières. — M. THOMAS (de Tours). — Le 18 décembre 1868, je fus mandé par M. Touchard, médecin à Enres (Indre-et-Loire), pour voir en consultation avec le docteur Maugeret (de Tours), M. F..., instituteur à Enres, atteint d'occlusion intestinale.

Ce malade, âgé de 43 ans, petit, maigre, d'une constitution assez chétive, se trouvait dans le plus triste état. Le ventre présentait un volume extraordinaire, qui contrastait avec la maigreur excessive du reste du corps. A travers la paroi abdominale, amincie et extrêmement distendue, se dessinaient en relief les anses intestinales, plus que doublées de volume. Le ballonnement du ventre était uniformément réparti ; mais par moments le ventre changeait brusquement de forme, par suite du déplacement des gaz intestinaux qui s'accumulaient tantôt dans un point, tantôt dans un autre. La paroi abdominale était alors soulevée à ce niveau par les anses intestinales correspondantes, distendues outre mesure et dont la rupture paraissait imminente. Le malade accusait en même temps des douleurs atroces qui lui arrachaient des cris; puis, au bout de quelques instants, le ballonnement du ventre devenait uniforme et les douleurs diminuaient. En dehors de ces circonstances, la pression sur l'abdomen était peu douloureuse, La face était grippée, le pouls petit et les forces très-diminuées.

M. Touchard me donna sur ce malade les renseignements suivants, qu'il eût été alors dans l'impossibilité de me fournir lui-même, et dont, dans la suite, il confirma l'exactitude. M. F... fut atteint, à l'âge de cinq ans, de la dyssenterie qui régnait épidémiquement à Enres. Depuis l'âge de quinze ans, il éprouva assez souvent des coliques et fut sujet à la constipation ; mais sa santé était assez bonne.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1867, il fut atteint d'une constipation opiniâtre avec coliques très-vives, ballonnement du ventre et même vomissements. Des évacuations abondantes vinrent heureusement, au bout de dix jours, mettre un terme à ces accidents.

Au mois de juillet de la même année, M. F... resta quinze jours sans aller à la garderobe et éprouva, comme au mois de janvier, des coliques très-vives avec ballonnement du ventre et vomissements bilieux. Enfin survint encore heureusement une débâcle abondante.

A dater de cette époque, les selles devinrent à peu près régulières, et le malade se croyait à tout jamais à l'abri d'une récidive, lorsque, au mois de juillet 1868, il fut repris, avec une intensité plus grande encore, des mêmes accidents, qui ne cessèrent qu'au bout de douze jours. Mais le rétablissement ne fut pas complet; les selles restèrent rares, peu abondantes, et ce ne fut guère que vers la fin du mois de septembre que les fonctions reprirent leur régularité normale et continuèrent ainsi jusqu'au moment où débutèrent les accidents qu'éprouve actuellement le malade.

Le 15 novembre, M. F... a été à la garderobe pour la dernière fois; depuis lors jusqu'à ce jour, 18 décembre, c'est-à-dire depuis trente-trois jours, les selles ont été complétement supprimées. Les jours suivants, le ventre se ballonna légèrement, le malade éprouva quelques coliques, mais, malgré les crises précédentes, se préoccupa peu de son état; il espérait toujours que les selles se rétabliraient naturellement. Malheureusement il n'en fut rien. A partir du 27 novembre, la sortie des gaz par l'anus devint impossible; le ballonnement du ventre fit alors de rapides progrès et les coliques devinrent beaucoup plus vives. Différents purgatifs, huile de ricin, huile de croton, etc., des lavements simples ou purgatifs furent, à différentes reprises, administrés sans aucun résultat. Le 12 décembre, le docteur Millet (de Tours), demandé en consultation, prescrivit de nouveaux purgatifs, et se retira avec cette conviction que la mort était certaine, à moins d'une intervention chirurgicale.

Le 17 décembre, survinrent des vomissements de matières féeatoïdes; l'état général était de plus en plus alarmant; M. Touchard me fit alors demander.

Lorsque je vis le malade, il était dans l'état que j'ai déjà décrit plus haut. Le diagnostic et le pronostic n'étaient pas douteux, ni pour moi ni pour mes confrères, MM. Touchard et Maugeret; il existait une occlusion intestinale : la mort était prochaine.

Je pratiquai le toucher rectal et je m'assurai que l'obstable n'était pas accessible au doigt. Ni le malade, ni M. Touchard, appelé trop longtemps après le début des accidents, ne purent me fournir de renseignements sur la façon dont s'était développé le ballonnement du ventre; mais mon distingué confrère put m'assurer, pour avoir examiné le malade à plusieurs reprises, et notamment peu de temps

avant l'apparition de ces derniers accidents, qu'il n'existait dans l'abdomen aucune tumeur appréciable. Ce fait et l'absence d'hémorrhagies intestinales éloignaient l'idée d'une affection cancéreuse de l'intestin. Du reste, l'intermittence des accidents, séparés par des intervalles souvent assez longs, pendant lesquels les fonctions s'accomplissaient régulièrement, ne permettait guère d'admettre l'existence d'une lésion organique de l'intestin, de quelque nature qu'elle fût. Si donc la présence d'un obstacle au cours des matières ne pouvait être mise en doute, la nature et le siége de cet obstacle restaient tout à fait inconnus.

L'absence de fièvre, de douleur à la pression sur l'abdomen, indiquait qu'il n'existait pas de péritonite, et par suite qu'une intervention chirurgicale, dont l'opportunité était évidente pour tous, se présentait avec quelques chances de succès. Deux opérations pouvaient être pratiquées : la gastrotomie ou l'entérotomie. Mais, outre la gravité moindre de cette dernière opération, ce qui m'eût, dans tous les cas, engagé à lui donner la préférence, je ne pouvais, en l'absence de renseignements sur le siége et la nature de l'obstacle, songer à la gastrotomie.

L'opération ayant été acceptée par le malade, je pratiquai immédiatement l'entérotomie, avec l'aide de MM. Touchard et Maugeret. Par suite de la gêne de la respiration que causait le ballonnement du ventre, je ne crus pas devoir administrer le chloroforme. Je fis l'opération du côté droit, et procédai suivant les règles posées par M. Nélaton. L'issue d'une petite quantité de sérosité m'annonça que j'avais pénétré dans le péritoine. Je fixai à la paroi abdominale, par six points de suture, le cœcum, énormément distendu, qui se présentait entre les lèvres de l'incision. L'obstacle siégeait donc sur le gros intestin. L'ouverture du cœcum donna issue à des gaz et à une quantité considérable de matière pâteuse, homogène, de couleur ardoisée. M. Touchard, qui donna les soins consécutifs à l'opéré, estime que le poids des matières rendues au moment de l'opération et pendant les deux jours qui suivirent, s'élevait à peu près à 14 ou 15 livres.

Le malade éprouva immédiatement après l'opération un immense soulagement. Je prescrivis le repos le plus complet, et, dans le but de favoriser la formation des adhérences péritonéales, en modérant les contractions de l'intestin, l'usage d'une pilule d'extrait gommeux d'opium de 1 centigramme, toutes les deux heures. La nuit fut calme : le malade reposa. L'évacuation des matières continua pendant la nuit, si bien que le lendemain le ventre n'était que très-

modérément tendu et nullement douloureux. Tout alla pour le mieux les jours suivants ; l'écoulement des matières eut lieu facilement par l'anus artificiel, parfois avec de légères coliques; il n'y eut pas de fièvre, et le malade put commencer à se nourrir.

Le 23 décembre, j'enlevai quelques fils, et, jugeant les adhérences assez solides, je résolus alors d'explorer l'intestin. Ayant introduit le doigt dans le rectum, je fus vivement surpris de rencontrer des matières fécales dans l'ampoule rectale, que j'avais trouvée complétement vide avant l'opération. La perméabilité de l'intestin était rétablie, et j'en eus une nouvelle preuve en voyant sortir par la plaie le liquide d'un lavement administré par le rectum. Je conseillai, dans le but d'entretenir la perméabilité de l'intestin, l'usage, matin et soir, de lavements administrés par le rectum, puis, aussitôt que le cours des matières paraîtrait assuré par les voies normales, l'application d'un bandage qui s'opposerait à leur sortie par l'anus artificiel. Ce moyen fut peut-être employé trop tôt.

Le 10 janvier 1869, je fus mandé de nouveau par M. Touchard. Je trouvai M. F... en proie à de violentes coliques ; le ventre était ballonné, mais non plus uniformément comme avant l'opération ; le ballonnement était limité à l'épigastre et aux flancs. Il était dû à la distension du gros intestin, qui se dessinait à travers la paroi abdominale, et, sur certains points, atteignait le volume de l'avant-bras. La saillie formée par l'intestin se terminait brusquement dans la fosse iliaque gauche ; il était évident que là était l'obstacle et qu'il siégeait sur l'S iliaque. Le son presque mat fourni par la percussion au niveau de l'intestin annonçait que sa distension était due à une accumulation de matières. Par moments, le malade accusait des coliques plus violentes, l'intestin devenait alors le siége de contractions très-énergiques, appréciables à travers la paroi abdominale, et sous l'influence desquelles des gaz et une très-petite quantité de matières étaient chassés par l'anus artificiel. Ni gaz ni matières ne sortaient par le rectum.

Il y avait donc encore occlusion intestinale. L'obstacle du cours des matières s'était reproduit, et leur consistance, en s'opposant à leur sortie par l'anus artificiel, avait déterminé l'apparition de ces nouveaux accidents. Ce fut en vain que je pratiquai le toucher rectal et que je tentai de franchir l'obstacle avec une sonde.

Je perdis alors complétement l'espoir que j'avais conçu de voir M. F... guérir sans infirmité, et je me retirai avec cette conviction que l'obstacle qui existait au cours des matières ne permettrait jamais, d'une façon durable, leur rétablissement. Je conseillai seule-

ment, pour mettre un terme aux accidents, d'administrer par l'anus artificiel des injections jusqu'à complète évacuation de l'intestin, et de prévenir ensuite, par le même moyen, répété plusieurs fois par jour, un nouvel engouement. L'intestin, vide, reviendrait alors peu à peu sur lui-même, et pourrait à la longue, n'étant plus traversé par les matières, se rétrécir au point de s'opposer à la reproduction de pareils accidents. La guérison serait alors achetée au prix d'une infirmité, que son siége sur le cœcum rendrait moins grande, à cause de la consistance des matières dans cette partie de l'intestin, et de la faculté qu'elles auraient de séjourner dans le cul-de-sac du cœcum, qui jouerait ici le rôle de l'ampoule rectale. Pour ces raisons, il n'y aurait peut-être pas cet écoulement incessant de matières qui fait ordinairement de l'anus contre nature une si dégoûtante infirmité.

Mais, heureusement pour le malade, mon distingué confrère, M. Touchard, n'abandonna pas si promptement l'espoir de voir le cours des matières se rétablir. Après avoir évacué complétement l'intestin, il réussit à franchir l'obstacle à l'aide d'une sonde œsophagienne. Il répéta matin et soir ce cathétérisme pendant plusieurs jours et le fit suivre chaque fois de lavements dont le liquide s'écoulait par la plaie.

Sous l'influence de ce traitement, les selles se rétablirent, et bientôt elles eurent lieu naturellement sans être provoquées par des lavements. L'écoulement des matières par l'anus artificiel devint en même temps chaque jour moins abondant et cessa bientôt presque complétement.

Le 4 mars, M. F... vint à Tours me voir. Son état général est excellent, les forces et l'embonpoint sont revenus. Il ne prend plus de lavements et va naturellement à la garderobe deux fois par jour. L'anus artificiel ne consiste plus qu'en un orifice très-étroit, entouré par un bourrelet rouge formé par la muqueuse, et ne donne plus lieu à aucun écoulement. M. F... me demande de fermer cet orifice; mais je ne crois pas prudent d'accéder à son désir, et j'attendrai plusieurs mois encore avant de le débarrasser de cette petite infirmité.

Cette observation m'a paru digne d'être communiquée à la Société de chirurgie pour plusieurs raisons. Elle est d'abord un nouvel exemple du rétablissement du cours des matières à la suite de l'entérotomie, et cette circonstance suffirait seule pour justifier sa publication.

Elle montre ensuite, par le long intervalle qui s'est écoulé entre le début des accidents et l'opérat on, par l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait le malade, que le chirurgien peut intervenir avec

succès dans les cas d'occlusion intestinale en apparence les plus désespérés, pourvu qu'il n'existe pas de péritonite.

Je terminerai enfin par les réflexions suivantes : Que fût-il advenu si, au lieu d'opérer du côté droit, j'eusse pratiqué l'opération à gauche; si, au lieu d'ouvrir le cœcum, j'eusse ouvert l'intestin grêle? Dans ce cas, les matières et les gaz accumulés dans le gros intestin, entre l'obstacle d'une part et la valvule iléo-cœcale d'autre part, n'auraient pu s'échapper ni par la voie normale ni par l'anus artificiel, et les accidents auraient certainement continué. C'est ce qui eut lieu chez mon opéré quelques jours après l'opération, lorsque, l'obstacle s'étant reproduit, les matières ne pouvaient, à cause de leur consistance, s'écouler par l'anus artificiel.

Pour ces raisons, je pense qu'en l'absence de renseignements capables de faire connaître le siége de l'obstacle, le chirurgien doit pratiquer l'entérotomie, non pas indifféremment à droite ou à gauche, comme le disent quelques auteurs, mais toujours à droite, et rechercher le cœcum, qui se présentera entre les lèvres de l'incision, dans le cas où l'obstacle siége sur le gros intestin.

Une courte discussion s'engage sur l'observation de M. Thomas. La Société décide que la question de l'oblitération intestinale sera ultérieurement discutée.

M. GUÉNIOT communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Ancelet, membre correspondant, au sujet de la discussion sur les fibromes utérins :

« Je ne suis point actuellement en mesure d'aborder sérieusement la question de la grossesse sur les fibromes utérins, mais provisoirement je me crois autorisé à dire que mes observations concordent avec la théorie que vous soutenez.

« Sur huit observations de fibroïdes de l'utérus qui me sont personnelles, j'ai constaté deux fois l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente et le ramollisssement de la tumeur *en dehors de la grossesse.* D'autre part, sur 125 *cas* de polypes fibreux de l'utérus *compliquant la grossesse,* empruntés à bon nombre d'observateurs, j'ai noté *neuf fois seulement* l'infiltration séreuse ou purulente. Certains faits, il est vrai, sont rapportés d'une façon trop sommaire.

« Il me semble donc comme à vous, monsieur, que l'influence de la grossesse sur l'état du corps fibreux a été admise sur preuves scientifiques insuffisantes, ou tout au moins fort exagérées. »

M. LEGOUEST donne lecture du travail de M. Vallet, membre cor-

respondant, ayant pour titre : *Des accidents causés par la migration incomplète du testicule.*

LECTURE

M. LIÉGEOIS continue la lecture de son travail intitulé : *Du sperme et de ses modifications dans les maladies.*

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 5 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique.* — Les *Archives générales de médecine.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Sud médical.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— M. le docteur FACIEU (de Gaillac), adresse à la Société un travail manuscrit intitulé : *Deux cas de plaie pénétrante du genou; injections quotidiennes. Guérison avec ankylose.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Cruveilhier, Sée.

COMMUNICATION

M. LIÉGEOIS donne lecture de la dernière partie et des conclusions d'un mémoire *Sur le sperme et ses modifications dans les maladies.*

Les conclusions de ce mémoire, dont la publication aura lieu dans les Mémoires de la Société, sont les suivantes :

1° Tout homme, à partir de l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse

la plus avancée, s'il est indemne de toute affection génitale, possède dans son sperme les éléments matériels de la fécondation.

2° Certains cryptorchides ne se distinguent des autres par aucun caractère particulier, physiognomonique, intellectuel ou moral.

3° Les maladies aiguës et les maladies chroniques ne paraissent avoir que peu d'influence sur la sécrétion spermatique chez l'adulte; chez le vieillard, au contraire, elles amènent assez fréquemment la suspension de cette sécrétion.

4° Ni la syphilis, ni le traitement mercuriel qui lui est appliqué, n'ont d'effet sur la sécrétion et la vitalité des zoospermes.

5° L'orchite parenchymateuse est une cause puissante d'aspermatozie, par le trouble profond que cette affection apporte à la sécrétion testiculaire; si l'affection est double, une stérilité incurable en est la conséquence.

6° L'orchite syphilitique bilatérale suspend, quand elle est très-prononcée, la fonction testiculaire, et, de plus, conduit à l'impuissance; mais le retour des zoospermes et de la puissance virile peut se faire sous l'influence d'un traitement approprié.

7° L'épididymite double blennorrhagique est une cause, plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, d'oblitérations définitives des voies spermatiques, par la lymphe plastique déposée dans l'intérieur du canal épididymaire. Les cas où le retour des zoospermes paraît se faire semblent ne se rapporter qu'à ceux où l'inflammation a été peu intense.

L'absence de gonflement et d'induration de l'épididyme n'est pas un indice du rétablissement des voies d'excrétion.

Dans les épididymites blennorrhagiques bilatérales accompagnées d'oblitérations :

A. La sécrétion testiculaire persiste, mais pendant un certain temps seulement; à une époque qu'il est impossible de préciser, elle ne produit plus de spermatozoïdes, et se borne à fournir un liquide dépourvu de son élément solide.

B. Contrairement à l'opinion généralement admise, les oblitérations doubles entraînent souvent une diminution dans les facultés viriles du sujet.

C. Malgré l'absence des zoospermes dans le liquide des tubes séminipares, la sécrétion des autres humeurs qui concourent à donner au sperme une composition mixte, demeure la même en qualité et en quantité; la quantité est même parfois exagérée.

D. Le seul caractère qui différencie le sperme éjaculé dans ces

conditions, par rapport aux conditions normales, est l'absence des zoospermes.

8° L'épididymite double, non blennorrhagique, due soit à la masturbation, soit à un effort, soit à un traumatisme quelconque, n'est pas, en général, suivi d'oblitération définitive des voies spermatiques, soit que dans le premier cas l'inflammation, qui débute par le canal, ait été peu intense, soit que l'inflammation ait siégé dans le tissu lâche périépididymaire. Dans ces diverses conditions, la présence des zoospermes dans le liquide éjaculé peut coïncider avec la persistance du gonflement et l'induration de l'épididyme.

9° L'épididymite blennorrhagique unilatérale paraît porter une atteinte grave à la sécrétion des spermatozoïdes du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain.

10° Il en est de même de toutes les lésions organiques d'un testicule, quelle qu'en soit la nature.

11° L'atrophie et l'arrêt de développement des testicules sont accompagnés d'aspermatozie.

12° Le même fait se réalise dans toutes les lésions qui détruisent le parenchyme testiculaire, ou qui, refoulant seulement les tubes séminipares vers la face externe de l'albuginée, produisent l'atrophie de ceux-ci.

13° Les fausses membranes morbides, qui dans certaines conditions enveloppent le testicule, les adhérences cellulaires qui unissent les deux feuillets de la tunique vaginale, les kystes épididymaires grands ou petits, ne paraissent point, contrairement à l'opinion généralement admise, empêcher la sécrétion ou l'excrétion spermatique.

14° Dans les kystes spermatiques, la couleur laiteuse n'est pas caractéristique de la présence des spermatozoaires; car des kystes épididymaires peuvent posséder ce caractère physique sans contenir de filaments spermatiques; d'autres peuvent ne pas le posséder quoiqu'ils en contiennent.

15° L'hydrocèle double n'est accompagnée d'aspermatozie que si elle coïncide avec une oblitération épididymaire bilatérale de nature blennorrhagique. Quand elle est due à un état inflammatoire ou subinflammatoire de la séreuse, indépendant de l'appareil séminal, le sperme présente ses caractères normaux et contient des spermatozoïdes, quoique alors le plus souvent l'épididyme soit le siége d'un gonflement et d'une induration.

Une observation semble démontrer que la pression exercée par le liquide même de l'hydrocèle sur le canal déférent ou l'épidi-

dyme peut arrêter le sperme dans son trajet à travers les voies séminales.

16° Les oblitérations des canaux déférents entraînent avec elles les mêmes conséquences sur l'excrétion spermatique que celles de l'épididyme. Quand elles se prolongent dans l'intérieur du bassin, elles peuvent être accompagnées d'aspermatisme (absence de sperme), quoique le coït et l'érithisme vénérien qui le suit ne soient nullement entravés.

17° La varicocèle ne paraît pas avoir d'influence sur la sécrétion spermatique, à part le cas où cette affection a amené l'atrophie testiculaire.

18° Les kystes du cordon, les hernies inguinales, ont paru chez le vieillard, d'après certains cas publiés jusqu'ici, capables d'amener l'oblitération du canal déférent ; mais les observations manquent pour savoir s'il en est de même chez l'adulte.

19° Les bandages inguinaux n'ont pas l'influence fâcheuse qu'on a été tenté jusqu'ici de leur attribuer.

20° Enfin, dans la spermatorrhée, les spermatozoïdes ne présentent aucun caractère de configuration anormale, comme on l'a indiqué. De plus, leur nombre peut être dans le sperme en quantité aussi considérable qu'à l'état normal. Cependant on peut trouver des sujets privés de spermatozoïdes même avant que ceux-ci soient arrivés à l'état de marasme, auquel conduit souvent cette affection.

Résection sous-périostée de la cloison nasale. — M. CHASSAIGNAC. — Parmi les procédés de résection sous-périostée de la cloison nasale, il en est un que je désire soumettre au jugement de la Société de chirurgie et que j'ai déjà eu l'occasion de mettre en pratique avec succès dans certaines déviations de la cloison, s'accompagnant et étant, suivant moi, la cause de déformations choquantes dans la configuration du nez.

On sait que Blandin avait eu recours, dans les cas de déviation outrée de la cloison nasale, à un procédé qui consiste à faire subir à la cloison déviée une perte de substance, pratiquée à l'emporte-pièce. Mais ce procédé, à l'occasion et sur les résultats duquel je n'ai connaissance d'aucune observation détaillée, me paraît avoir un inconvénient.

D'abord, il établit une communication internasale par la perforation de la cloison, perforation qui, lorsqu'elle est accessible à la vue, produit une impression pénible et peut apporter quelque trou-

ble dans le timbre de la voix. De plus, Blandin opérait en agissant sur la muqueuse aussi bien que sur le tissu propre de la cloison, ce qui multiplie les chances d'hémorrhagie.

Dans le procédé que j'emploie, au lieu de perforer la cloison avec perte de substance, j'ai pour objet précisément de ne pas perforer d'outre en outre le diaphragme nasal, mais de l'amincir par abrasions successives au degré nécessaire pour le redresser facilement.

Ce procédé a été mis à exécution pour la première fois le 15 août 1851, en présence de MM. Gardel et Feldmann. (Voy. Bulletins de la Société de chirurgie. Séance du 27 août 1851.)

Voici en quoi il consiste : Le malade étant anesthésié et mis dans une position convenable en face du jour, on pratique tout près de la sous-cloison, et dans le sens antéro-postérieur, une incision très-légèrement courbe à ses deux extrémités. Cette incision a pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. On introduit alors à l'intérieur de la plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle on décolle la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération est assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, on refoule avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis on coupe plusieurs épaisseurs dans le cartilage, jusqu'à ce qu'on obtienne une souplesse et un amincissement qui permettent de rejeter vers la ligne mediane la cloison cartilagineuse, devenue facile à déplacer. Cela fait, on ramène de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique est placée dans la narine, pour rendre permanent ce qui vient d'être obtenu au moment de l'opération. L'éponge est laissée plusieurs jours sur place, et, sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'est la suite de cette opération, plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang, après la section de la pituitaire, ne laisse pas que de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé. (*Traité des opérations*, t. II, p. 463. Victor masson, 1861.)

RAPPORT

M. PANAS fait un rapport verbal sur le travail suivant, lu à la Société par M. Giraud-Teulon dans la séance du 17 mars 1869.

Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et

la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil. — Lorsqu'on se propose d'exécuter une opération délicate sur la cornée, le premier soin que l'on prenne est de choisir un bel éclairage pour y exposer largement le théâtre de l'action. On y dispose ensuite son malade de façon à ne point se porter ombre à soi-même pendant aucun des temps de l'acte opératoire.

A ces règles générales se bornent les prescriptions formulées par les auteurs : à peine trouve-t-on chez quelques-uns la vague indication d'une autre condition presque aussi intéressante à prévoir que les précédentes, relativement au succès de l'opération. Nous voulons parler des entraves que peut apporter à l'œuvre en cours d'exécution la présence des reflets cornéens. Chacun comprend que si, dans une opération, la pointe de l'instrument qui pénètre dans la chambre antérieure se trouve devoir passer sous un reflet cornéen, elle sera nécessairement offusquée par une image plus ou moins brillante ; l'opérateur la perdra de vue, et risquera, pendant cette éclipse, de l'engager dans l'iris, de léser la capsule antérieure, le cristallin lui-même, ou encore la membrane de Demours.

Aujourd'hui que les diverses méthodes en faveur comportent une précision d'exécution dont le champ se renferme entre des limites d'un demi-millimètre d'étendue, il est, pensons-nous, superflu d'insister sur la nécessité où est le chirurgien, avant d'entreprendre une de ces opérations, d'avoir écarté préalablement de son chemin tout obstacle à une surveillance continue de la pointe de son instrument.

C'est de ces précautions préopératoires, trop négligées jusqu'ici, que nous nous proposons de vous entretenir dans cette courte note.

Quels sont donc ces reflets cornéens, quelle est leur origine, quel est leur mécanisme, comment peut-on se dérober à leur influence souvent funeste?

Au point de vue qui nous occupe, et comme scène opératoire, la cornée nous représente un simple instrument de réflexion, un miroir convexe. C'est bien ici à proprement parler, et suivant une dénomination vulgaire, le *miroir de l'œil.*

Tous les corps brillants situés dans la sphère d'activité de ce miroir donnent donc lieu à des images réfléchies, et quand, après avoir disposé notre malade, nous nous apprêtons à l'attaquer, nous reconnaissons avec une certaine inquiétude que plusieurs de ces images nous dérobent des régions précieuses des parties profondes.

Mais nous pouvons réduire la question du pluriel au singulier, et, dans une pensée de simplification théorique, aussi bien que de nécessité pratique, supposer réduit à *un seul* le foyer lumineux et à une seule image, par conséquent, le reflet cornéen. Cette source de lumière sera généralement une fenêtre dans un beau jour, quelquefois, à travers la fenêtre, un mur blanc plus ou moins distant et éclatant, dans certains cas plus rares, un foyer artificiel, une lampe.

L'image de ce foyer lumineux est ce que les peintres, qui s'en sont occupés les premiers, désignent sous le nom de *point brillant de l'œil;* les géomètres, point *brillant de la sphère*, Purkinje et Sanson, leur *première image oculaire.*

C'est ce point brillant de l'œil qu'il nous faut apprendre à manier.

D'après les lois de la réflexion sur les miroirs sphériques convexes, cette image du point lumineux se trouve dans un plan passant par le centre de courbure de la cornée (plan méridien ou d'un grand cercle), et qui contient en même temps le foyer lumineux et l'œil de l'observateur.

De plus, la normale à la surface, ou rayon de la cornée, passant par le point de réflexion (lieu apparent de l'image), divise en deux parties égales l'angle formé par les deux lignes menées de ce point de réflexion au foyer lumineux d'une part (direction de l'incidence), et, d'autre part, à l'œil de l'observateur (direction de réflexion).

Il suit de là :

1° Que lorsque les positions du foyer lumineux et de l'observateur sont symétriques par rapport à l'axe de l'œil observé, le point brillant est central, il *paraît* sur le sommet de la cornée.

2° Le foyer lumineux ne changeant point de place par rapport à la cornée, si l'observateur porte sa tête du côté du point lumineux (et à partir de la position symétrique), ce point brillant se déplace dans le même sens, de ce côté du miroir qui regarde le point lumineux.

Dans le mouvement opposé, c'est naturellement le contraire qui a lieu.

3° Quelle que soit donc la position du foyer lumineux, pourvu qu'il ne soit pas exactement sur l'axe de l'œil observé, la tête de l'observateur se plaçant, elle, sur cet axe, ce dernier voit nécessairement le point brillant du même côté de la cornée que le point lumineux, et d'autant plus excentriquement qu'il se portera ensuite lui-même davantage de ce côté.

Dans ces propositions simples, l'opérateur trouvera, dans chaque circonstance, les éléments nécessaires pour exclure, à volonté, le

point brillant de celle des moitiés de la surface cornéenne qu'il veut maintenir exempte de tout reflet.

Supposons que le malade soit exposé, sur un plan horizontal, à une source d'éclairage envoyant vers lui ses rayons sous une inclinaison de 45° (inclinaison des plus convenables sous le rapport de la quantité de lumière). Le chirurgien arrêtera comme il suit, dans son esprit, la position qu'il doit prendre lui-même et la direction qu'il doit donner à son sujet :

Pour ce qui concerne celui-ci, il sait que cette moitié de la cornée que n'intéressera pas l'opération doit être présentée à l'incidence des rayons lumineux.

C'est le premier point qu'il règle. S'agit-il, par exemple, d'une kératotomie inférieure, il dirige le sinciput du malade vers la fenêtre, comme ce sont, au contraire, ses pieds qu'il porte dans cette direction, s'il s'agit d'une kératotomie supérieure.

Quant à ce qui le concerne lui-même, n'étant pas ambidextre, il sait que la lumière doit venir le rencontrer soit directement, soit de sa gauche à sa droite, s'il veut qu'en aucun moment important de l'acte opératoire, la main qui tient l'instrument ne se porte point ombre à elle-même.

Il se place donc, en pensée, le visage dans un plan parallèle à celui du malade, axe pour axe, et de façon à avoir la fenêtre à sa gauche ou devant lui, suivant le cas.

Le chirurgien est ainsi conduit, suivant la région sur laquelle il opère, à occuper autour de son malade, et relativement à celui-ci, les quatre positions cardinales et leurs intermédiaires (en exceptant toutefois les 90 degrés qui correspondraient par leur centre au menton de l'opéré).

Pour ces 90 degrés, il est clair qu'il est obligé à se porter de sa personne de l'un ou de l'autre côté. Cependant sa face peut toujours être, à très-peu près, en rapport de parallélisme avec celle du malade.

Quoi qu'il en soit, cette nécessité peut entraîner une altération relative de leur situation, et cette altération peut s'élever jusqu'à 45 degrés. Il en sera de même encore si le manuel opératoire doit amener la propre tête du chirurgien sur le trajet direct des rayons lumineux, et faire qu'il se porte ombre à lui-même. L'ombre portée par les arcades sourcilières du malade peut, en certains cas, avoir le même résultat. Dans tous les cas, une inclinaison du malade ou du chirurgien sur la position normale devient obligée.

Heureusement, les lois de la réflexion, que nous avons rappelées pour le plan diamétral médian de la cornée, sont également vraies pour tout autre plan de grand cercle. Dans tout plan passant par le centre de courbure de la cornée, le foyer lumineux et la tête de l'observateur, l'inclinaison de celle-ci du côté du foyer lumineux déplace l'image réfléchie dans le même sens. Le point brillant déjà localisé, par l'adoption de la position normale, dans une des moitiés de la surface de la cornée, peut donc, par une rotation du malade ou de son œil, de 45 degrés sur son axe, être rejeté d'une des moitiés de cette moitié (ou d'un quadrant) sur l'autre.

Cette propriété, qui réduit à un quadrant déterminé le siége du reflet cornéen par une simple rotation du malade ou du chirurgien, de 45 degrés sur la position définie plus haut, résout toute difficulté pratique dans la question qui nous occupe.

Dans cette discussion, nous avons supposé le chirurgien non ambidextre. Il est clair que pour celui qui jouit de l'heureux privilége d'une même précision dans le jeu de l'une ou l'autre main, les règles que nous venons de formuler seront d'une application d'autant plus facile et plus large.

Les données sur lesquelles a été esquissé le tableau qui précède représentent exactement les conditions opératoires où se place la pratique des écoles modernes. Le malade est opéré dans le décubitus dorsal, sous un jour dont la direction générale se rapproche de 45 degrés de haut en bas. Nous n'avons donc, en ce qui concerne la pratique actuelle de ces écoles, rien à ajouter à nos propositions.

Il est cependant un point de détail sur lequel nous devons nous arrêter un moment. Ces propositions ne sont exactes que dans l'hypothèse d'une immobilité parfaite du globe oculaire pendant l'opération. Cette remarque ne change point d'une manière sensible les conclusions ci-dessus : on sait en effet que, dans la pratique de ces mêmes écoles, le globe est habituellement tenu en parfaite fixité au moyen d'une pince à griffes.

Il se rencontre cependant des circonstances dans lesquelles la position réglementaire devra être modifiée.

Lorsque, dans une iridectomie, par exemple, l'œil doit être attaqué directement de haut en bas, ou de dedans en dehors, les saillies orbitaire ou nasale peuvent obliger l'opérateur à porter le globe fortement en bas ou fortement en dehors, et à transformer en position verticale une position premièrement horizontale du plan de la cornée.

La position du point brillant, fixée par le calcul préalable sur

la moitié inférieure de la cornée, par exemple, peut avoir, dans ce moment, envahi la moitié supérieure. Pour remédier à cet inconvénient, le chirurgien, ne pouvant incliner son malade la tête en bas, devra donc suivre lui-même, par le mouvement de sa tête, l'inclinaison de celle de son malade.

Il devra, en outre, avoir tenu compte à l'avance de cette éventualité, pour établir préalablement son malade dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire placer sa cornée dans un plan le plus près du parallélisme avec les rayons incidents.

En opposition avec le tableau qui précède, jetons un regard en arrière, et examinons comment, dans les méthodes classiques, sont observés ces rapports.

Dans ces méthodes, l'opérateur est assis le dos au jour, le malade en face de lui, tous les deux plus ou moins obliquement placés par rapport à la fenêtre dont la lumière vient frapper le malade à 45 degrés environ de droite à gauche, si le chirurgien doit se servir de sa main droite, en sens opposé s'il emploie la main gauche. De plus, le chirurgien a la tête plus élevée que celle de son malade, et la lumière, très-généralement, tombe sur eux de haut en bas.

D'après ce que l'on a vu tout à l'heure, le point brillant de l'œil est donc ici forcément dans la moitié supérieure de la cornée. Dans toute opération qui devra porter sur cette moitié supérieure, soit directement en haut, soit dans les quadrants supérieurs droit ou gauche, le chirurgien se trouve exposé, en cette situation, à perdre de vue, en un certain moment, la pointe de l'instrument pénétrant.

Lorsque le chirurgien n'est point ambidextre, il se place debout en arrière et au-dessus de son malade, pour opérer l'œil droit. Cette disposition ne change que peu à ses rapports avec la position du point brillant. Celui-ci, plus excentrique que dans le premier cas, est cependant toujours quelque part sur la moitié supérieure de la cornée.

Seules, dans de tels rapports, les régions inférieures et latérales de la cornée peuvent être impunément attaquées. Le remède, en ce cas, pour ce qui concerne la moitié supérieure, consisterait à faire arriver la lumière de bas en haut; mais la chose est-elle toujours possible?

Cette remarque n'est peut-être pas sans quelque intérêt, en ce qui regarde le choix à faire entre la position assise et le décubitus dorsal, pour les opérations intéressant la chambre antérieure, ou du moins les organes qui la limitent.

Nous ne voudrions cependant pas exagérer l'importance de ces considérations. Dans les méthodes classiques, la pointe du couteau (extraction) passe assez loin du plan de l'iris pour que cette membrane puisse être généralement évitée ; mais, dans les méthodes nouvelles, où le champ d'exécution se trouve limité, comme nous disions, à moins d'un demi-milimètre près, tout degré de sécurité prend de l'importance.

Telles sont les considérations, messieurs, qui m'ont porté à esquisser devant vous les conditions faciles du petit problème que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, et que je ne sache pas avoir été jusqu'ici expressément formulées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. HORTELOUP présente une pièce anatomique recueillie sur une femme ayant succombé à une hémorrhagie survenue pendant une opération de fistule vésico-vaginale, et due au développement considérable d'une branche artérielle provenant des artères utérines.

COMMUNICATION

Atrophie de toute une moitié de la face chez un individu de 25 ans, ayant eu à l'âge de 10 ans une fracture simple du corps de la mâchoire inférieure du côté gauche. — M. PANAS. Non-seulement le maxillaire inférieur, mais l'os zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arcade orbitaire, ont subi un arrêt de développement du même côté. Toute cette moitié se montrait aplatie, et le nez était dévié dans le même sens. C'est là, on le conçoit, un résultat éloigné des fractures de la mâchoire inférieure survenues à un âge où les os de la face n'ont pas encore subi leur entier développement, qui mérite d'autant plus d'être signalé, que l'attention des chirurgiens ne paraît pas s'y être suffisamment arrêtée.

Kyste méliçérique, situé sous la patte d'oie entre celle-ci et le tibia, du volume d'un œuf de pigeon, chez une jeune fille de 8 ans. — Le siége de la tumeur, la fluctuation que l'on y percevait très-nettement, l'indolence, la longue durée du mal, qui remontait peut-être à la naissance, et pour le moins à 6 ans de date, nous ont porté à croire qu'il s'agissait là d'un kyste synovial.

La ponction de la tumeur permit de constater que le contenu de la poche était demi-solide, ressemblant à du mastic de vitrier, et l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une matière absolument identique à celle qu'on trouve dans les loupes de la tête. Malgré l'absence de poils, nous pensons qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, comme ceux qu'on trouve si souvent à la queue du sourcil, et qui, vu leur indépendance du côté de la peau (ici il s'agissait d'une tumeur sous-aponévrotique), ne peuvent être attribués qu'à une formation embryonaire, ou pour le moins hétérotopique. On conçoit combien, au point de vue du diagnostic, avec les kystes synoviaux, il était bon de signaler la possibilité de pareils tumeurs dans la région de la patte d'oie.

A propos des kystes synoviaux de cette bourse, je signalerai (pour l'avoir vu une fois) la possibilité du développement d'une hydarthrose concomitante à l'occasion d'une injection indiquée que j'y avais pratiquée dans un but thérapeutique.

M. VERNEUIL. M. Panas regarde la tumeur qu'il a ponctionnée comme un kyste dermoïde. Je ne sais si le contenu du kyste autorise à lui donner ce nom. En effet, on n'y a pas trouvé de poils, et leur présence est la caractéristique des tumeurs de cette nature.

M. PANAS. Je n'ai fait qu'une simple ponction; par conséquent il m'est impossible de pouvoir affirmer s'il y avait ou non des poils. La tumeur ne me paraît pas pouvoir être regardée comme méliurique, car elle était placée, non sous la peau, mais sous les tendons; elle ne pouvait être développée dans une glande sébacée.

M. DESPRÉS fait remarquer qu'il existe des kystes accidentels qui, sans être des kystes dermoïdes, en ont du moins les apparences extérieures, sauf cependant qu'ils ne contiennent pas de poils.

M. TRÉLAT. Ce fait de M. Panas ne peut pas entraîner la conviction au point de vue de l'existence de kystes dermoïdes sans rapport direct avec la peau. Du reste, la présence de poils et de cellules épithéliales ne suffit pas pour les constituer; il faut encore que la paroi soit formée par un tissu ayant de l'analogie avec le derme, et l'on voit parfois des tumeurs indépendantes de la peau dont la paroi propre présente des papilles analogues à celles du tégument externe.

M. SÉE. Le contenu d'une tumeur ne peut servir à la caratériser. Assez souvent ce contenu varie suivant l'époque où se fait l'examen. L'inflammation peut augmenter la sécrétion épithéliale, amener la présence de liquide séreux, sous-purulent et même du pus. C'est l'enveloppe, c'est la nature du tissu dont elle est constituée

qui indique sa nature et marque sa place dans les classifications nosologiques. Je crois que, dans ce cas, il s'agit d'un kyste synovial dont le contenu a été modifié par une hypersécrétion de l'épithélium due sans doute à l'inflammation ou à des irritations répétées.

M. PANAS doute que l'inflammation puisse modifier un kyste synovial autrement que par la production de suppuration ; il ne croit pas que cette cause puisse expliquer sa replétion par de l'épithélium et de la graisse.

M. DESPRÉS partage au contraire l'opinion de M. Sée, en se basant sur ce fait que les kystes synoviaux ont à l'intérieur un revêtement épithélial; par conséquent il ne saurait répugner d'admettre qu'il a pu y avoir hypersécrétion de cellules épithéliales.

M. CHASSAIGNAC. M. Panas a craint que l'inflammation de la synoviale articulaire, à la suite de l'injection faite dans le kyste, ne fît courir à sa malade des dangers sérieux, et il a un instant attribué cette propagation de l'inflamation à une communication anormale entre le kyste et l'intérieur de l'articulation. Cette crainte est exagérée, et il est bon que les chirurgiens soient prévenus que cette inflammation n'est, dans ces circonstances, qu'un fait assez ordinaire et sans gravité. M. Chassaignac a observé souvent, dans ces cas, l'inflammation de l'articulation, inflammation légère se traduisant par une hydarthrose, inflammation due, non à la communication des deux séreuses, mais seulement à leur proximité.

Mais il y a un point de pratique qu'il est bon de mettre en lumière. M. Panas a dû faire trois ponctions; il paraît difficile que la répétion de cette manœuvre ne l'expose pas à une suppuration du kyste. Or cette suppuration est une chose sérieuse et qui peut être grave en amenant un phlegmon diffus. Il faut, dans ces cas, ouvrir franchement le kyste et le traverser par un tube à drainage.

M. FORGET partage les opinions de MM. Sée et Chassaignac. Il a rencontré un cas semblable à celui de M. Panas et plusieurs cas analogues. Dans ces circonstances, il ne faut pas se contenter de la ponction, surtout si on croit devoir la répéter; et s'il survient de l'inflammation, il faut débrider largement, faire de l'air et du jour, donner issue à tout le contenu et pratiquer des injections détersives.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 12 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — La *Revue d'hydrologie médicale*. — Le *Montpellier médical*.

Une lettre imprimée, adressée à M. Boinet, par M. le docteur Peruzzy, de Lugo, intitulée : *Aperçu historique sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie en Italie*.

M. GIRALDÈS offre à la Société le 5e fascicule de ses *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. — Remercîments.

M. LARREY offre ses *Recherches et observations sur la hernie lombaire*, communiquées à l'Académie de médecine. — Remercîments.

M. DUPLAY présente le 2e fascicule du tome III du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et S. Duplay. — Remercîments.

M. VERNEUIL présente deux thèses inaugurales :

1° *Essai sur les complications et le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, par S. Ferrand;

2° *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques et de l'adénite suppurée retro-pharyngienne chez les enfants*, par L. A. Roustan.

Discussion sur les fractures compliquées de la jambe au tiers inférieur.

M. LÉON LE FORT. Il y a un mois, M. Labbé nous a communiqué l'observation d'un malade, lequel, atteint de tétanos à la suite d'une fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe, avait succombé assez brusquement, quelques heures après avoir été soumis à la chloroformation. Il avait du reste éprouvé, pendant le sommeil anesthésique, des accidents qui avaient présenté un caractère de gravité considérable.

La question était complexe. Ce qui avait trait à la chloroformation et au tétanos fut immédiatement discuté ; vous avez cru devoir

reporter à cette séance la discussion que pouvait susciter la question de savoir quelle était la thérapeutique à suivre dans les cas de fracture compliquée au tiers inférieur de la jambe. C'est cette question que je veux examiner.

Je laisserai de côté ce qui a trait aux plaies par armes à feu.

Différant par leur causes, ces fractures diffèrent aussi par la dispotion, le nombre, la mobilité des fragments ; mais elles diffèrent surtout en ce point que la plaie est faite par un corps étranger venu de l'extérieur et non par le tibia s'ouvrant un passage au travers de la peau, de sa partie profonde vers sa partie superficielle.

Il en est de même lorsque la fracture et la plaie sont dues à la chute d'une pierre, d'une poutre, d'un corps dur et pesant. On verra tout à l'heure pourquoi je crois devoir faire cette distinction. Pour le moment, je me borne à dire que, dans ces circonstances, sauf des particularités variables à l'infini et qu'on ne peut spécifier d'avance, la conservation me paraît être la règle de conduite à suivre, non-seulement au point de vue de la conservation du membre, mais encore et surtout au point de vue de la conservation de la vie.

Les seules fractures dont je veuille m'occuper sont celles qui, à l'exemple de la fracture observée par M. Labbé, se sont compliquées de plaie par suite du passage du tibia au travers de la peau. Dans cette forme de fracture, deux circonstances principales peuvent se présenter : la plaie est petite, très-petite, causée par une sorte de piqûre faite par la pointe d'un fragment, et l'on peut espérer la voir se cicatriser ; ou bien, la plaie est assez large, plus ou moins déchirée, contuse, et la réunion ne saurait être espérée.

Dans le premier cas, l'application d'une plaque de baudruche, comme le faisait M. Laugier, mais en employant, comme le pratique avec raison M. Verneuil, le collodion au lieu d'une solution de gomme, est le traitement qui paraît devoir être employé. Sous cette sorte de peau artificielle, les téguments divisés se réunissent assez souvent; le travail d'organisation se fait dans la profondeur de la blessure. Pendant le temps qu'il met à s'opérer, la fracture est soustraite au contact de l'air, et si la réunion des parties superficielles n'a pas lieu, presque toujours elle s'effectue dans les parties les plus profondes, et la fracture compliquée se trouve bientôt transformée en une fracture simple. J'ai employé, depuis quelques années et plusieurs fois, cette méthode, et je n'en ai jamais retiré que des avantages.

La seconde classe de fractures est beaucoup plus importante, et surtout beaucoup plus grave. Elle a lieu presque toujours dans des

chutes plus ou moins violentes. Par le mécanisme même de la fracture, le fragment supérieur du tibia fracturé, fragment comprenant toute ou presque toute la diaphyse tibiale, tend à pénétrer dans l'épiphyse, à la faire éclater et à produire une fracture multiple qui, quelquefois, par plusieurs fissures, pénètre jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. Les fractures en V, ces fractures spiroïdes si bien décrites par M. Gosselin, ont, lorsqu'elles se compliquent de plaie produite par l'os lui-même, une gravité extrême. Or, dans ces circonstances de production, les probabilités sont pour l'existence d'une pénétration articulaire. Que faut-il faire ? Faut-il tenter la conservation sans intervention opératoire ? Faut-il faire la résection du fragment sorti ? Faut-il amputer de suite ? Tel est le grave problème qui se pose au chirurgien. C'est au chirurgien d'apprécier, avec sa sagacité aidée de l'expérience, ce qui convient le mieux dans le cas qui s'offre à lui; mais je crois que si, dans les autres fractures, la règle générale doit être la conservation, dans ces sortes de fractures la règle générale doit être l'amputation : et ce seront les circonstances particulières qui décideront à tenter exceptionnellement la conservation.

Après avoir montré deux pièces anatomiques, toutes deux présentant un exemple de fracture spiroïde avec pénétration et plaie faite par issue de l'os, pièces recueillies, l'une sur un malade mort d'infection purulente après qu'il eut tenté la conservation, l'autre sur un blessé qu'il a amputé et qui est aujourd'hui guéri, M. Le Fort ajoute : Chez le premier malade, je me suis laissé aller à espérer que la fracture ne s'accompagnait pas de l'éclatement de l'épiphyse articulaire ; ne pouvant constater l'existence de la longue pointe osseuse détachée à la face postérieure du tibia, j'ai cru à une fracture transversale. L'autopsie m'a montré que j'avais bien affaire à une fracture spiroïde.

Dans un troisième cas, observé également cette année à l'hôpital Cochin, je tentai la conservation, parce que la fracture était directe, la cassure irrégulièrement transversale. Cette fois, le pus qui se forma autour des fragments décolla le périoste et pénétra ultérieurement dans l'articulation. Je perdis également ce malade. J'ai regretté de n'avoir pas amputé de suite. En résumé, lorsque, par une cause *directe*, il s'est produit une fracture au tiers inférieur de la jambe, que, par suite de la flexion de l'os fracturé, le tibia a fait ou fait issue au travers des téguments, on peut tenter la conservation; mais, très-souvent alors, il vaut mieux reséquer le fragment ayant fait saillie s'il fait obstacle à la sortie du pus et à la résection.

Lorsqu'au contraire la fracture a lieu par cause *indirecte*, lorsque le mécanisme, l'aspect de la fracture, laissent soupçonner qu'elle est spiroïde, lorsqu'elle a les caractères de pénétration comme dans la fracture du radius et certaines fractures du col du fémur, et qu'il y a lieu de penser à la possibilité de l'éclatement de l'épiphyse, l'amputation est la règle générale de laquelle on s'écartera seulement dans les cas exceptionnels. L'amputation me paraît moins dangereuse peut-être que la conservation, et quoique je sois partisan énergiquement déclaré de la chirurgie conservatrice, je n'oublie pas que rien ne peut remplacer le bras amputé, tandis que la prothèse permet de donner à l'amputé de la jambe une base solide de sustentation.

M. PANAS. Si d'une manière générale je partage les opinons émises par M. Le Fort, j'en diffère cependant sur la question de l'amputation, considérée comme règle générale, dans les cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe. J'ai eu cinq fois à traiter de pareilles fractures : siégeant à trois travers de doigt audessus de l'articulation, et s'accompagnant de plaies communiquant avec le foyer de la fracture, sur ces cinq cas, trois fois j'ai tenté la conservation, après avoir fait toutefois la résection du fragment supérieur, trois fois j'ai mis à nu le foyer, trois fois j'ai enlevé des esquilles, trois fois j'ai enlevé de quatre à cinq travers de doigt du tibia, parce qu'il existait des fêlures osseuses partant de la fracture et remontant à une certaine hauteur.

Comme moyen de contention, j'ai employé les gouttières, de manière à assurer une immobilité complète, et j'ai eu recours comme pansement, soit à l'alcool pur, soit à l'eau chlorurée. J'ai obtenu un succès à l'Hôtel-Dieu ; j'ai eu deux insuccès : l'un à Saint-Antoine, l'autre à Saint-Louis. Ces deux derniers malades ont succombé, et il est bon de remarquer que ces trois observations proviennent de trois hôpitaux différents.

Deux fois j'ai cru devoir recourir à l'amputation primitive. Mes deux malades sont morts : l'un d'infection purulente, l'autre avec des accidents dus à l'alcoolisme. Il en était de même pour un de mes blessés, chez lequel j'ai tenté la conservation, et peut-être faudrait-il le classer à part, aussi bien que mon dernier amputé, car on sait que les blessés présentant des accidents d'alcoolisme sont presque fatalement voués à la mort, lorsqu'il s'agit d'accidents aussi graves que des fractures compliquées.

Dans ces cinq cas, ou plutôt dans quatre de ces cas, puisque l'un des malades est guéri, j'ai pu constater à l'autopsie qu'il y avait une

fêlure pénétrant dans l'articulation, fêlure qui avait séparé un ou plusieurs fragments de la surface articulaire tibiale, fêlure qui ne pouvait qu'être soupçonnée pendant la vie, et qui, suivant les idées défendues par M. Le Fort, eussent indiqué formellement l'amputation. Il faut bien savoir toutefois que la difficulté de les constater est extrême ; que cette constatation même est le plus souvent impossible, car on trouve assez souvent, comme sur la pièce anatomique que vient de nous montrer notre collègue, une cassure irrégulièrement transversale sur la face antérieure du tibia, et une pointe osseuse assez longue, remontant plus ou moins haut sur la face postérieure de cet os.

M. DEMARQUAY. J'aurais voulu trouver une indication précise dans la communication que nous a faite M. Le Fort. La question grave, celle qui importe avant tout au chirurgien, est la question de pratique, et quelles que soient les théories, on en arrive toujours à se demander : Que faut-il faire? L'éclatement de la partie inférieure du tibia, éclatement qui transformerait la lésion en une fracture communiquant avec l'articulation, d'une part, et d'autre part avec l'air extérieur, peut, je le reconnais, engager à revenir à l'amputation immédiate ; mais comment reconnaître que cette pénétration existe ? Je suis de l'avis que M. Le Fort a raison de conseiller l'amputation, mais il ne nous donne aucun signe qui puisse nous mettre sur la voie, et nous faire reconnaître que nous avons affaire à une fracture spiroïde.

M. LE FORT. Je n'ai pas voulu donner de signes qui n'existent pas dans l'état actuel des choses, j'ai seulement voulu attirer l'attention sur le point suivant : Lorsqu'une fracture de la jambe siégeant à proximité de l'articulation tibio-tarsienne, a été produite par une cause indirecte, par une pression agissant suivant l'axe longitudinal du membre, et que cette fracture se complique d'une plaie causée par l'issue au dehors d'un des os fracturés, les probabilités sont pour l'existence d'une fracture par pénétration, d'une fracture avec éclatement de la surface articulaire, et dans le doute, au lieu de tenter la conservation, il faut, au contraire, amputer.

M. TRÉLAT. Si le diagnostic anatomique devait entraîner avec soi un traitement rigoureusement déduit, M. Le Fort aurait raison; mais on ne peut pas dire que telle nature de lésion doit entraîner telle nature d'accidents. Une lésion donnée peut, chez un malade, amener des accidents formidables et même la mort, tandis que chez un autre elle n'aura pas de conséquences fâcheuses. Ce qui doit décider le chirurgien à pratiquer une amputation, c'est le pronostic qu'il

porte sur l'issue de la lésion traitée par la conservation du membre; il préfère l'amputation s'il croit que la vie est mise en péril plus grave, beaucoup plus grave par la conservation; il conserve, s'il pose un pronostic différent. Il s'agit donc ici d'une question de pronostic, qu'il est toujours fort difficile de résoudre.

M. Demarquay a dit : Si je savais qu'il y a pénétration de la fracture jusqu'à la surface articulaire, je pratiquerais l'amputation; j'espère prouver que même cette circonstance ne suffit pas pour entraîner l'emploi de ce moyen radical de traitement.

J'ai observé cinq cas de fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure, cinq fois j'ai tenté la conservation. Voici quels ont été les résultats :

Je fus appelé au village Le Vallois pour voir un cocher qui, dans une rixe, avait été atteint d'une de ces fractures. Il avait été transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de Jarjavay, et notre collègue voulut pratiquer l'amputation. Le blessé s'y refusa et quitta l'hôpital. Lorsque je le vis, il existait une vaste plaie au côté externe de l'articulation; au dedans, une autre plaie laissait à découvert plusieurs fragments, dont l'un comprimait la malléole interne. Un vaste phlegmon remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Je reséqual la malléole, j'ouvris les foyers purulents, j'eus recours au drainage; le malade guérit.

L'année dernière, je fus appelé par un avocat, âgé de 34 ans, lequel pris entre deux voitures et voulant les éviter, se retourna vivement, ce moment de rotation brusque, exécuté probablement au moment où le pied était fixé, détermina une fracture de la jambe, qui fut considérée par tous les médecins et chirurgiens qul l'examinèrent comme une fracture spiroïde. Le fragment supérieur du tibia, très-aigu, avait perforé la peau; le pied tombait du côté externe. Je tentai cependant la conservation. J'employai un appareil à extension, qui me permit de réduire une pointe d'os saillante, et j'obtins une guérison complète.

J'observai mon troisième malade à l'hôpital Saint-Louis. La fracture se compliquait d'ouverture et de suppuration de l'articulation tibio-tarsienne. Je nettoyai le foyer, je fis des injections, et après quatre ou cinq mois, j'obtins la guérison.

J'ai en ce moment à la Pitié un homme de 46 ans, atteint d'une fracture compliquée de la jambe à son extrémité inférieure. C'est le fragment inférieur du péroné qui faisait issue au travers de la peau, je l'ai reséqué, et aujourd'hui le malade est presque guéri.

Enfin, chez mon cinquième malade, la fracture, de cause directe,

existait à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'articulation. Je fis la résection des deux extrémités fracturées. Après onze mois de séjour à l'hôpital, le malade sortit guéri.

Comme on le voit, même en éliminant ce dernier cas, j'obtins par la conservation quatre succès; on ne peut donc pas poser l'amputation comme une règle générale.

Tumeur congénitale (embryoplastique) adhérente à la partie supérieure du coccyx. Opération 48 heures après la naissance. Guérison. — M. Depaul. — *Antécédents.* — La mère de l'enfant qui va faire le sujet de cette observation, est une femme de 35 ans, jouissant d'une bonne santé. Elle accoucha pour la première fois il y a dix-sept ans, et a eu successivement sept enfants, tous très-gros à leur naissance, et dont trois seulement sont en vie; deux sont morts assez avancés en âge; le sixième est mort à quatre ans, sans avoir jamais pu marcher, et il a fallu employer le forceps pour l'accoucher de son septième enfant, qui était, lui aussi, énorme et qui a été mort-né.

Accouchement. — Cette femme est redevenue enceinte pour la huitième fois, il y a neuf mois environ. Le lundi 19 avril, à sept heures du matin, ressentant quelques douleurs lombaires, elle fit appeler une sage-femme, qui constata tout d'abord une infiltration assez marquée au bas des jambes, aux grandes lèvres et au bas du ventre. Cette femme ne se plaignait pas trop et n'avait aucun commencement de travail. Cependant les contractions se firent bientôt sentir; le col se dilata rapidement, et à dix heures du matin on constata une dilatation complète. La sage-femme toucha à ce moment et ne sentit aucune partie. Embarrassée, et craignant de donner lieu à quelque accident, la sage-femme ne rompit pas la poche des eaux, mais cette rupture se fit spontanément à trois heures et demie du soir (la quantité de liquide amniotique écoulée a été évaluée à cinq litres environ); c'est beaucoup peut-être, mais cela prouve au moins qu'il y avait beaucoup de liquide. On procéda à un autre examen par le toucher, mais sans aucun succès; on ne pouvait atteindre la partie placée au-dessus du détroit supérieur.

Par le palper, on sentait deux tumeurs : l'une dans la fosse iliaque droite, et l'autre un peu au dessous de l'ombilic; cette sensation était cependant un peu confuse, à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

A l'auscultation, on entendait les battements du cœur, très-distincts et très-réguliers dans la région droite inférieure de l'abdomen.

A quatre heures, comme rien ne s'engageait, la sage-femme introduisit la main dans l'utérus, et trouva une tumeur un peu flasque, charnue, qu'elle reconnut tout de suite pour ne pas être la tête. Elle contourna la tumeur, sentit un pédicule implanté entre les deux fesses, et avançant un peu plus, sa main passa entre les deux cuisses de l'enfant. Dirigeant ensuite la main du côté droit de la femme, elle sentit le sternum et les côtes, bientôt ensuite la tête de l'enfant dans la fosse iliaque droite. Elle put se rendre compte ainsi de la présentation et de la position; c'était une présentation de l'épaule droite en position céphalo-latérale droite, dos en arrière.

La sage-femme se décida alors à faire la version; elle alla trouver un pied au fond de l'utérus et fit quelques tractions légères. Voyant qu'il y avait un peu de résistance, elle prit l'autre pied, qu'elle amena sans trop de difficultés à la vulve, où on le retint par un lacet. L'autre jambe fut prise ensuite, et entraîna avec elle la tumeur que l'on avait déjà sentie. Quelques tractions, les douleurs aidant, ont fait sortir le tronc et la tête à quatre heures et demie du soir.

L'enfant, du sexe féminin, était très-infiltrée, avait rendu du méconium, n'avait pas crié tout de suite, mais elle a été vite ranimée.

La délivrance fut naturelle; on trouva un placenta très-volumineux, mais n'offrant rien de particulier.

Mercredi 21 avril, on apporta cette enfant à la clinique. Je pus alors constater l'existence d'une grosse tumeur implantée à la pointe du coccyx par un pédicule gros comme l'extrémité du pouce et long de 1 centimètre et demi. Cette tumeur était enflammée; des phlyctènes en grand nombre la couvraient, et l'enfant criait dès qu'on la touchait.

Je fis placer l'enfant sur le dos, les jambes en l'air, lier le pédicule. Après cette ligature très-solide, le pédicule fut coupé entre la ligature et la tumeur; mais dès que la tumeur eut été enlevée, la ligature tomba et un jet de sang assez fort jaillit; je liai immédiatement cette artère, dont le calibre peut être évalué à celui d'une très-petite ficelle. Après la constatation d'un autre jet de sang, je dus lier une autre petite artériole. Du sang coulait encore en petite quantité; je pris la peau en haut et en bas, je rapprochai les deux bords de la plaie, je piquai une épingle dans l'axe du sillon des fesses et je fis une suture entortillée, sur laquelle j'appliquai un peu de perchlorure de fer. On peut évaluer la quantité de sang que cette enfant a perdue à une cuillerée à peu près. Depuis ce moment l'hémorrhagie cessa, et après une heure de surveillance on pansa l'enfant, qui fut emportée chez elle.

Le 22, on a rapporté l'enfant. Sa plaie va très-bien n'y a eu aucune hémorrhagie.

Le 24, on apporte de nouveau la petite malade. La suture ayant de la tendance à tomber, je coupai l'épingle pour faciliter son extraction, et la suture tomba. De nombreux bourgeons charnus apparaissent sur les bords de la plaie. L'état général de l'enfant est excellent, elle tette et digère très-bien.

Le 27 avril, la plaie est presque guérie.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur ovalaire, grossièrement conique, se terminant en pointe du côté du pédicule, ressemblant assez à une grosse pomme de terre, est aplatie d'avant en arrière, mais a des bords larges. Suivant son diamètre antéro-postérieur dans le sens du pédicule à la base, elle mesure 30 centimètres de tour; suivant son diamètre transverse, 29 centimètres de tour. Suivant un de ses diamètres obliques, elle a 29 centimètres; suivant l'autre, 30 centimètres de tour. Elle pèse 470 grammes. Sur une des faces et le bord opposé au pédicule, on remarque des cheveux assez longs et assez nombreux, au milieu desquels on observe une dépression, que l'on peut estimer à un demi centimètre de profondeur, et une saillie assez notable, qui ressemble à un rudiment d'oreille. Sur un des bords latéraux, on trouve une petite ouverture dont les bords sont rouges et froncés, dans lesquels un stylet pénètre sur une longueur de 5 à 6 centimètres, et qui paraît être un anus. Sur une autre face on observe un cordon à l'état rudimentaire.

On incise la peau de cette tumeur sur un des bords, cette peau est fixe et transparente; au-dessous de la peau se trouve du tissu adipeux, amassé en gros peloton, renfermant dans ses mailles une quantité assez grande de sérosité, de 80 à 100 grammes. On dissèque la peau tout autour, et on voit le tissu adipeux, plus dûr en certains endroits que dans d'autres : ici d'un blanc mat et très-infiltré, là un peu rosé et non infiltré. Cette graisse forme une couche extérieure de 4 à 5 centimètres. L'incision pénétrant plus avant dans la tumeur, on rencontre le conduit qui fait suite à ce qui extérieurement paraît être l'anus, conduit aplati et qui aboutit au centre de la tumeur. Ce conduit ressemble à un intestin; après l'avoir incisé dans le sens longitudinal, on voit des fibres longitudinales lisses, et on remarque qu'il est, à 3 ou 4 centimètres, assez notablement rétréci; il y a là comme une espèce de bourrelet; la sonde cannelée pénètre dans ce petit orifice sur une longueur de 2 centimètres. Un muscle assez volumineux part du pédicule et va se

terminer au centre de la tumeur ; tout à côté de lui et se dirigeant dans le même sens, on aperçoit un vaisseau. Le centre de la tumeur est formé par des parties ossiformes, cartilagineuses, assez confuses, au milieu desquelles on sent très-bien quatre petits os ; deux paraissent être des os longs et sont munis d'une tête encroûtée de cartilage, les autres paraissent être des os plats.

Examen microscopique. — La tumeur, portée chez M. Maron, interne des hôpitaux, a été examinée par lui au microscope, et il a eu l'obligeance de remettre la note suivante :

Le tissu adipeux est identique à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée.

Dans les portions musculaires, on trouve des fibres de deux à trois centièmes de millimètres ; quelques-unes sont manifestement striées, mais la plupart paraissent altérées, et présentent un état granulo-graisseux sans striations.

Les éléments cartilagineux, capsules de cartilages, protoplasma et noyaux, sont très-nets. Les cellules, rapprochées les unes des autres dans la partie centrale, sont à peine séparées par une substance fondamentale hyaline ; à la périphérie elles sont plus écartées, et la substance intermédiaire offre une striation fibroïde.

Les portions ossiformes ne présentent au microscope ni ostéoplastes, ni canalicules s'anastomosant les uns avec les autres. En réalité, elles sont constituées par des lamelles d'un tissu ancien infiltré de sels calcaires ; au milieu de ces lamelles on voit de nombreux orifices analogues aux canaux de Havers.

Cette observation a été rédigée par M. Martel, externe attaché à mon service, qui a suivi la petite malade avec le plus grand intérêt.

Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire. — M. Dolbeau. — Le nommé G... (Jules), âgé de 50 ans, égouttier, entre à l'hôpital le 12 mars 1869, pour une kérato-conjonctive ulcéreuse rebelle, à gauche.

Il est atteint d'une altération singulière du maxillaire supérieur, qu'il n'a jamais soignée et sur laquelle il attire à peine l'attention.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants : son père travaillait dans une officine de pharmacien, et serait mort d'une dyssenterie ; il était très-sobre. Sa mère, dont la santé était bonne également, est morte asphyxiée par le charbon.

A partir de 13 ans, il fit le métier d'imprimeur en taille-douce

pendant 3 ans; puis il travailla au chemin de fer comme homme de peine.

Vers l'âge de 22 ans, il eut sur la verge de petites ulcérations dont il précise mal le nombre, la forme, la marche et la durée. Le malade affirme n'avoir jamais eu sur la peau d'éruption, de croûtes ou d'ulcérations; il ne prit aucun traitement anti-syphilitique, et continua son travail sans interruption.

Il était d'un tempérament très-ardent, et avant son mariage, aussi bien que depuis, il a satisfait sans relâche et sans fatigue à ses appétits génésiques. Il a eu 14 enfants.

A l'âge de 23 ans, il prit une place de balayeur public qu'il garda 10 ans; sa santé était excellente. A 33 ans, il entra comme égouttier dans les aqueducs de Paris. Malgré le froid, l'humidité, le travail pénible jour et nuit dans les égouts, il ne contracta jamais de maladie sérieuse. Quelques douleurs rhumatismales qui lui reviennent encore de temps en temps, quelques légères ophthalmies à répétition, sont les seuls accidents qu'il ait éprouvés.

Il n'a jamais eu mal aux dents. Ses dents étaient bien constituées et fort solides. Le malade se rappelle avoir cassé un jour 150 noyaux d'abricot.

Il y a sept ans, ses dents commencèrent à s'ébranler à la mâchoire supérieure. Il n'avait en ce moment ni puanteur d'haleine, ni puanteur du nez; il a remarqué que la sécrétion du nez a toujours été sèche chez lui. C'est une molaire du côté droit qui s'ébranla la première. Le malade se l'arracha lui-même avec les doigts, et cette extraction s'opéra sans douleur, sans suppuration, et presque sans écoulement de sang. Le malade ne donne que des renseignements incomplets sur la marche qu'aurait suivie cette dégradation, et ne peut préciser par quelle dent la maladie débuta. Les dents qu'il cueillait ainsi n'étaient pas altérées en apparence; elles étaient blanches et sans aucun point de carie. Les dernières paraissaient être tombées il y a trois ans; cependant le malade est loin d'être précis pour affirmer cette date.

A une époque qu'il ne détermine pas, il aurait enlevé du côté gauche, avec la pointe de son couteau, un petit fragment d'os qui branlait. Ce petit fragment était gros comme une dent ordinaire, « mâchuré, » arrondi. Le malade l'a jeté aussitôt. Un léger écoulement sanguin s'ensuivit.

Il y a deux ans, panaris gangréneux du pouce droit, causé par une arète de poisson, traité par M. Richard à l'hôpital Beaujeon.

Il y a trois mois, il attrapa un coup d'air; et croyant que c'était un

accident analogue aux coups d'air qu'il avait souvent eus déjà, il n'y fit pas grande attention, mais le soigna cependant avec l'eau de Mélilot.

État actuel. C'est un homme de taille moyenne, solidement bâti; les diverses parties de son squelette semblent assez volumineuses. Il est bien musclé, bien portant et très-fort pour son âge.

La face paraît bien conformée.

Les yeux sont extrêmement saillants. Kérato-conjonctivite et ulcération de la cornée à gauche. L'examen ophthalmoscopique montre une atrophie choroïdienne double avec disparition du pigment par places. Cependant la vision n'est pas troublée.

Les pommettes ont une saillie normale, peut-être un peu plus accusée.

La lèvre supérieure est affaissée, et reportée en arrière sur sa partie médiane.

Le son de la voix n'est pas naturel, et se rapproche du nasonnement, circonstance qui tient évidemment à une altération de l'os maxillaire, car le voile du palais fonctionne bien.

En ouvrant la bouche, ce qui frappe d'abord, c'est que le bord alvéolaire supérieur manque dans toute son étendue, si bien que la surface totale de la voûte palatine affecte la forme d'un triangle, dont la base postérieure correspond à l'insertion du voile du palais, et dont le sommet est situé sur la ligne médiane à 3 centimètres en arrière des alvéoles incisives.

En examinant plus profondément, on est frappé de l'existence de deux cavités symétriques, de forme triangulaire, tapissées par une membrane muqueuse de couleur différente de celle de la membrane muqueuse de la bouche; elle est plus rouge. Ces deux cavités sont évidemment les deux sinus maxillaires; et en effet, leur situation, leur forme triangulaire, rappellent celle de ces organes. De plus, ces cavités communiquent manifestement avec les fosses nasales, ainsi que cela est démontré par le passage des liquides, et bien que le cathétérisme ne puisse préciser le siége de cette communication.

Si l'on introduit le doigt dans ces cavités, on arrive à toucher le plancher de l'orbite; les deux doigts étant introduits dans ces cavités, si l'on essaye d'imprimer divers mouvements à la voûte palatine qui les sépare, on constate que l'os est normalement uni au reste de la face. A gauche, le doigt s'enfonce plus profondément, en sorte qu'il est impossible également d'abaisser en bas le triangle osseux.

On peut donc admettre que le reste du maxillaire supérieur est intact sur tous les points qui se rattachent à la face.

Le voile du palais est normal et peu vascularisé ; la luette est longue et touche la base de la langue.

La mâchoire inférieure a perdu du côté gauche ses trois dernières molaires ; les deux dernières sont tombées après s'être ébranlées sans douleur, et le malade les a cueillies. L'antérieure, qui est la deuxième molaire, est cariée, et l'on voit encore le chicot. Du côté droit, la dernière molaire est actuellement ébranlée ; le malade n'en souffre pas. Les autres sont saines, ainsi que les canines et les incisives, qui tiennent bon.

Rien de particulier au pharynx.

La mastication est gênée et ralentie.

Pas de signes de lésion au cœur ni au poumon.

L'urine, analysée, ne contient ni sucre ni albumine.

11 *mai*. — La kérato-conjonctive, traitée par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum, a disparu ; le malade conserve toujours un peu de photophobie et de larmoiement. Il reste sur la cornée de l'œil gauche une tache assez transparente, du volume d'un grain de millet, et située en dedans et au-dessous de l'axe de l'œil.

L'altération osseuse du maxillaire supérieur est restée la même.

Luxation sous-astragalienne antérieure externe. — Ablation de l'astragale. — Infection purulente. — Mort. — Observation recueillie par M. G. Boyron, externe du service. — M. DEMARQUAY.—M. Frédéric R..., marchand de vin, âgé de 56 ans, entre le 5 avril 1869 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Il se promenait avec sa femme au bois de Boulogne, dans une voiture qu'il conduisait lui-même, lorsque tout d'un coup, son cheval, effrayé par le nombre et la variété des voitures, s'emporte, renverse la voiture, et femme et mari s'en vont rouler sur la voie publique. Dans cette chute, la femme en a été quitte pour la frayeur et une légère contusion à l'œil droit ; M. R... n'a pu se relever ; il s'était cassé la jambe.

Un médecin, témoin de l'accident, l'envoie immédiatement à la Maison de santé, après lui avoir pansé provisoirement la jambe.

Aussitôt après son arrivée, nous constatons une plaie ovale de la largeur d'une pièce de deux francs, située sur la partie antérieure de la malléole externe gauche. De cette plaie proémine une saillie osseuse, rugueuse à son sommet et lisse sur ses bords. On reconnaît facilement la tête de l'astragale. La rugosité que l'on sent à l'extré-

mité de la tête a été produite par le frottement de cette partie sur le sol. Le pied est fortement déjeté en dedans, la plante regarde en bas et en dedans.

La tête de l'astragale est donc sortie de l'articulation en déchirant les téguments. Elle fait saillie en haut et en dehors du scaphoïde; le corps de l'os tout entier semble avoir perdu ses rapports avec les surfaces articulaires qui l'environnent; car sa face inférieure est presque devenue externe, l'externe supérieure, etc., et l'os tout entier a accompli un quart de rotation sur lui-même. Nous pouvons donc, avec les auteurs, diagnostiquer une luxation sous-astragalienne antérieure externe.

Pour attendre la visite du lendemain, le pied est mis dans une gouttière. Le malade passe une assez bonne nuit. Le lendemain, à la visite, M. Demarquay pense qu'il est opportun de lui enlever l'astragale, qui, n'ayant plus de rapports exacts avec les surfaces articulaires, jouerait dans l'articulation le rôle d'un corps étranger. On endort M. R... au moyen du chloroforme. M. Demarquay agrandit la plaie avec le bistouri, saisit avec un davier l'astragale, coupe les quelques attaches ligamentaires qui retiennent encore cet os, et l'enlève facilement. L'opération faite sans hémorrhagie, la plaie est pansée avec de la charpie sèche, et la jambe du malade est mise dans un appareil de Scultet. On prescrit au malade, qui par profession buvait beaucoup, une potion avec 40 gouttes de laudanum. Avant l'opération, le malade éprouvait de temps en temps des crampes dans la jambe blessée; crampes qui le faisaient beaucoup souffrir.

L'opération une fois faite, il ne s'en plaignit plus, mais ressentit pendant toute la journée des douleurs atroces.

A la visite du soir, la peau est chaude, le pouls fort, 92 puls. Temp. atm. 39°, pas d'appétit, il vomit la potion.

7 avril, matin. A dormi à peu près deux heures, frisson très-intense, suivi de sueurs abondantes; puis tout s'est calmé; la douleur de la jambe a un peu diminué. Temp. 39° 2/5.

Soir. Il a vomi tout ce qu'il a pris pendant la journée. Il est assoupi, les traits sont profondément altérés. Constipation, lavement glycériné. Pas d'appétit, soif vive. Pouls 98, temp. 39°.

8 matin. Les vomissements continuent. Pouls 104, temp. 39°.

Soir. Même état. Pouls 108, temp. 39° 2/5.

9 matin. La plaie est pleine d'un pus noirâtre fétide, on met dessus un large cataplasme. Le même état général persiste. Temp. 39°.

Soir. Il n'y a plus de vomissements, la fièvre continue et la temrature reste à 39°.

10 matin. Fièvre très-intense, 116 puls. ; les traits s'étirent, le malade est fortement agité. De temps en temps il est pris de frissons excessivement violents, ses dents claquent, et l'agitation est si vive qu'il fait trembler son lit. Temp. 39°.

Le même état continue, le malade s'assoupit, devient indifférent à tout ce qui l'entoure, et meurt dans la nuit des suites d'une infection purulente.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 19 MAI 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *Le Bulletin de thérapeutique* ; — *La Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Ovariotomie. Guérison*; par le professeur Sédillot, de Strasbourg. — Observation de guérison à l'hôpital.

— *Rapport à S. Exc. le ministre de l'instruction publique sur l'enseignement de la gymnastique dans les lycées*, par le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

— *Leçons sur la réfraction et l'accomodation*, par le docteur Ed. Meyer.

— *Kyste de l'ovaire pesant 20 livres chez une enfant de 12 ans ; ouverture du kyste par la méthode de Récamier ; ovariotomie consécutive ; guérison* ; par le docteur Jouon (de Nantes).

— *Étude sur les fractures compliquées et leur traitement par l'occlusion collodionnée*. — Thèse inaugurale contenant 19 faits, dont 17 de guérison ; par le docteur Ad. Bertrand. Paris, mai 1869.

M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Prescott Hewet, membre

correspondant étranger, le tome XIX des *Transactions of the pathological Society of London*.

M. FLEURY, chirurgien de l'hôpital de Clermont, adresse à la Société l'observation suivante :

Hernie crurale volumineuse étranglée depuis trois jours. — Opération suivie de succès. — Gangrène des parois abdominales survenue sans cause connue au bout de six jours. — Mort prompte. — Le nommé B..., âgé de 42 ans, cultivateur, sans paraître bien vigoureux, n'a jamais été malade. Il a remarqué, depuis cinq ans, une petite tumeur au pli de l'aîne droite. Comme elle était indolente et facilement réductible, il la maintenait avec un bandage, mais pelote mal appliquée la laissait souvent glisser sous elle ; il a en éprouvé parfois quelques difficultés à la réduire ; mais avec des bains, une pression un peu énergique, il parvenait à la faire rentrer.

Le 18 avril de cette année, la tumeur sortit pendant la nuit et offrit cette fois un volume plus considérable qu'à l'ordinaire. C'est en vain que le malade eut recours aux moyens qui lui réussissaient ordinairement, tout fut inutile.

C'est à la visite du 23 que l'opération fut pratiquée.

Une incision cruciale parut nécessaire pour mettre convenablement à découvert les parties malades ; le sac contenait de la sérosité sanguinolente ; il y en avait même plus que l'on n'en observe ordinairement dans cette variété de hernie. L'anse intestinale, étranglée, était masquée par une couche de fausses membranes assez épaisse pour simuler l'épiploon, mais la pression exercée avec une éponge suffit pour l'enlever. Le débridement dut être porté assez loin pour faciliter la rentrée de la tumeur. (Pilules d'opium de 3 centigr., à prendre d'heure en heure.)

L'intestin réduit, tous les symptômes de l'étranglement cédèrent, le cours des selles se rétablit, mais les matières rendues étaient claires et diarrhéiques, ce qui pouvait faire croire à l'existence d'une entérite légère.

La nuit fut bonne néanmoins ; l'amélioration persista le lendemain.

Le 24, le pouls, sans être aussi dur que la veille, conservait de la fréquence ; la soif était vive.

Le 25, les symptômes sont les mêmes ; le ventre, qui est un peu tendu, est recouvert d'un cataplasme émollient ; il n'y a plus d'évacuations, mais elles avaient été assez abondantes le premier jour

pour que ce fait n'offrît rien d'anormal ; la tympanite paraissait due à la distension gazeuse déterminée par l'entérite.

Le pouls était assez dur et fréquent ; mais l'inflammation de la muqueuse rendait compte de ce phénomène ; il n'y avait donc rien jusque là qui pût préoccuper.

Les journées du 26 et du 27 ont été, à peu de chose près, semblables à celle du 25.

Le 28, la distension gazeuse est portée assez loin pour fatiguer le malade *à qui il semble que rien ne peut sortir de son corps*.

Dans la pensée qu'il existe un peu d'inertie à l'intestin grêle, je prescris 40 grammes d'hulle de ricin, et, comme il n'en résulte aucun effet, on y ajoute le soir un lavement purgatif, qui provoque des selles abondantes ; dans la soirée, cependant, il y a eu un vomissement et quelques hoquets ; la soif est toujours vive, mais l'indolence du ventre exclut l'idée d'une péritonite.

A la visite du 29, l'abdomen est moins tendu, ce qui paraît d'un bon augure. Le malade accuse une légère douleur à l'épaule droite ; il s'en plaint depuis la veille, mais il n'en a parlé à personne.

Quel fut notre étonnement en l'examinant d'observer, au flanc droit, des vésicules contenant une sérosité sanguinolente, et, en les déchirant, de trouver le derme violacé et exhalant une odeur manifeste de gangrène. La peau qui recouvrait l'épaule était tendue, résistante, et offrait cette élasticité que l'on observe à la suite du sphacèle, qui succède à une pustule maligne ou à un traumatisme violent.

A 2 heures, tout le côté droit était envahi, le pouls n'était déjà plus sensible, la peau se refroidissait, et, à 5 heures, le malade succombait.

A quoi pouvait donc tenir cette gangrène foudroyante qui s'était développée d'une manière aussi imprévue ? Le malade n'a fait aucune chute, déclare son voisin ; il n'a reçu aucun coup, n'a été exposé à l'action d'aucun principe septique ; il était même en voie de guérison lorsqu'elle s'est manifestée. On ne peut certainement pas l'attribuer au sphacèle de l'intestin qui, de proche en proche, aurait gagné les parois de l'adomen. La mort serait survenue plus tôt et avec d'autres symptômes.

L'autopsie pouvait-elle nous en rendre compte ? Les signes fournis par elle ont été négatifs. Il n'existait pas la moindre trace de péritonite ; les anses intestinales étaient distendues par des gaz ; la muqueuse qui en tapissait la face interne est congestionnée, sans offrir néanmoins les traces d'une inflammation bien intense.

L'anse intestinale étranglée, que l'on reconnaît à une coloration plus foncée, est vide et suffisamment dilatée, pour que les matières aient pu s'échapper librement.

La portion du mésentère qui lui correspond présente une exsudation purulente qui, plus tard, aurait pu avoir des suites fâcheuses ; mais on ne doit pas évidemment lui attribuer la gangrène qui s'est manifestée dans les parois dc l'abdomen, sa cause reste donc inconnue.

Un fait semblable a-t-il été observé par quelques-uns de nos honorables collègues? Je ne puis en donner une explication satisfaisante, et je cherche en vain dans mes souvenirs une observation qui offre quelque analogie avec celle-ci.

M. VEDRENNE, médecin-major à Fort-Napoléon (Algérie), adresse une observation de gangrène par congélation de deux pieds et de la partie inférieure des deux jambes, jusqu'au-dessus des malléoles, observé chez un Arabe. Trois mois après l'accident, la séparation des parties sphacelées était fort avancée; mais, pour éviter la conicité des moignons, M. Vedrenne se décida à pratiquer l'amputation dans la portion saine du membre, sans attendre l'élimination spontanée. La jambe droite fut amputée le 13 février 1869, à trois travers de doigt au-dessous du lieu d'élection. Du côté gauche, l'amputation fut pratiquée un mois plus tard, au lieu d'élection. L'autopsie des membres amputés a permis de constater que les extrémités nerveuses, et notamment celles des nerfs tibiaux postérieurs, étaient renflées et présentaient des tumeurs arrondies, identiques à celles que l'on désigne sous le nom de *névromes d'amputation.*

Discussion sur les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe. (Suite.)

M. LABBÉ. Je n'avais pas l'intention de prendre part à cette discussion, mais dans ces derniers jours, j'ai observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, quatre cas de fractures compliquées de la jambe.

Chez le premier malade, vieillard âgé de 72 ans, je crus pouvoir tenter la conservation, mais vers le septième ou le huitième jour, les accidents se montrèrent tels que je fus obligé de recourir à l'amputation. L'opéré succomba dans les vingt-quatre heures.

Chez le second malade, âgé de 37 ou de 38 ans, la fracture s'accompagnait d'issue des fragments, mais elle avait pour cause un

mode de production différent. Elle résultait du choc éprouvé dans une collision d'un train de chemin de fer. C'était une fracture de cause directe. Le malade se refusa à l'amputation; à ce moment, le pouls était calme, régulier. Le lendemain, le pouls était à 150; des accidents se montraient; le blessé accepta l'amputation. Comme le précédent, il succombait vingt-quatre heures après l'opération.

Chez le troisième malade, du même âge que le précédent, la fracture était due à une chute d'un lieu élevé. Cette fois, on put intervenir presque aussitôt après l'accident; on fit la réduction, on appliqua une couche solide de collodion; le malade n'est pas guéri, mais il paraît être en bonne voie de guérison.

Enfin, chez le quatrième malade, bien que les choses fussent dans le même état que chez les deux premiers, influencé par l'opinion d'un de nos confrères de province, très-opposé à l'amputation dans ces circonstances, je tentai la conservation. Dès le lendemain, je fus forcé d'y renoncer; l'amputation de la cuisse fut pratiquée. Jusqu'aujourd'hui, l'état de l'opéré est très-satisfaisant. Comme on le voit, le malade chez lequel j'ai eu recours à l'occlusion est celui chez lequel les meilleurs résultats ont été obtenus.

M. LÉON LE FORT. M. Labbé ne nous dit pas quelle conclusion il tire des résultats fâcheux obtenus par l'amputation; toutefois, je crois devoir présumer de l'esprit général qui semble dominer dans sa communication, qu'il nous signale ces faits comme un exemple des dangers de la conservation et de la temporisation, plutôt que comme une preuve contre l'utilité de l'amputation. En effet, nul n'ignore que les amputations faites dans la période de réaction, de fièvre traumatique, sont extrêmement dangereuses et trop souvent mortelles. Si donc les tentatives de conservation ne doivent avoir en général d'autre résultat que de laisser passer le moment où l'amputation peut être faite avec le plus de chance de succès; si les tentatives, comme dans les cas signalés par notre collègue, doivent être abandonnées après un ou plusieurs jours, il paraît évident que, pour M. Labbé comme pour moi, il faut dans ces cas de fractures spiroïdes avec plaie, savoir se décider de suite pour l'amputation.

M. LABBÉ. Je me rallie sur ce point à l'opinion de M. Le Fort. Je crois aussi qu'il faut intervenir complétement et rapidement. Je suis arrivé à Saint-Antoine avec des idées largement conservatrices. Je ne les abandonne pas, mais je crois qu'il faut, surtout à l'hôpital, savoir prendre énergiquement son parti dès le début et faire l'amputation avant l'apparition de la fièvre traumatique. Le cas le plus favorable que j'ai observé jusqu'à présent, est celui d'une femme de

soixante et quelques années, chez laquelle j'ai voulu tenter la conservation; au bout de six a sept semaines, elle s'éteignit épuisée par la suppuration. Comme on le voit, ce n'est que d'une manière malheureusement relative qu'on peut considérer ce cas comme favorable.

M. TILLAUX. Nous nous trouvons ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la chirurgie pratique. J'étais heureux de voir s'élever cette discussion, car j'espérais qu'il en sortirait pour nous une règle de conduite; or, jusque-là je ne vois qu'incertitude.

D'un côté, M. Le Fort conseille d'amputer; de l'autre, M. Trélat conseille de conserver, et cite cinq succès à l'appui de son opinion; M. Demarquay, sur des points du reste différents, donne raison à l'un et à l'autre.

Je voudrais voir discuter ce point précis; qu'y a-t-il à faire quand il y a fracture pénétrant dans l'articulation; lorsque, par exemple, la fracture et la plaie portant au niveau de la malléole, il y a ouverture de l'articulation tibio-tarsienne.

Il est une question incidente que je voudrais adresser à mes collègues : Ont-ils constaté que les fractures compliquées de la jambe ont une gravité plus grande quand elles sont occasionnées par des accidents de chemins de fer. J'ai cru remarquer, pour ma part, que les grands traumatismes sont plus graves quand ils sont dus à cette cause.

M. PERRIN. Je partage l'opinion de M. Tillaux sur la nécessité de circonscrire le sujet. Il y a, entre telle et telle fracture, des différences telles qu'on ne peut utilement s'en tenir à une discussion générale. Tout le monde s'accorde sur la gravité de ces fractures et sur la nécessité de prendre de bonne heure un parti, si on croit devoir recourir à l'amputation. Ainsi que je le disais il y a quelque temps, j'ai vu six de ces cas, les six malades sont morts, soit parce qu'on avait tenté la conservation, soit parce qu'on avait fait l'amputation dans la période de fièvre.

Il n'y a pas, en effet, de comparaison à établir entre les amputations absolument primitives, et celles qui sont pratiquées le lendemain de l'accident, car ces dernières sont très-graves.

M. TRÉLAT. M. Tillaux a parlé de la gravité exceptionnelle des accidents de chemins de fer; cette gravité me paraît due à ce que les désordres sous forme de déchirures musculaires, des fissures des os, d'arrachement de nerfs ou de vaisseaux, remontent beaucoup plus haut que le point où a eu lieu l'application directe de la force vulnérante. Il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer dans ces cas des amputations, et de les voir suivies de gangrène du moignon ou

du lambeau, d'accidents de nature à me faire penser que j'avais eu le tort d'être trop conservateur et de faire l'amputation trop bas, quoique je l'aie faite en un point semblant exempt de toute lésion appréciable.

La série de faits que vient de nous présenter M. Labbé n'a que peu ou pas d'importance pour la solution de la question, car les amputations n'ont pas été tout à fait immédiates; d'ailleurs, ils ne sont pas probants, si nous voulons revenir au point de départ de la discussion. L'amputation donne-t-elle de meilleurs résultats que la conservation ? Telle est la véritable question.

M. GUYON. Je n'ai pas présent à l'esprit dans tous leurs détails les faits sur lesquels je m'appuie pour dire que je partage l'opinion de M. Trélat. Il faut cependant écarter le plus possible une cause d'erreur. La plupart des fractures compliquées de la jambe que j'ai traitées l'année dernière ont guéri; cette année, dans le même hôpital, dans les mêmes salles, j'ai été malheureux.

Quant à la question posée par M. Tillaux, la plupart des médecins des chemins de fer croient à l'extrême gravité de ces sortes d'accidents.

M. TILLAUX Je ne parle pas de la violence du choc, ce n'est pas à cette cause que j'attribue la gravité des accidents des chemins de fer; qu'un homme soit frappé par un tampon, par un boulet, par un corps lourd, pesant et mû avec force, les conséquences pour une même lésion paraissent devoir être les mêmes. Je parle de ceux qui sont blessés par le passage d'un train en marche, qui sont écrasés sous les roues d'un vagon; il semble que la gravité de l'état général dépende de la trépidation à laquelle ils ont été soumis.

M. LÉON LE FORT. Les faits rapportés par M. Labbé peuvent être invoqués à l'appui des dangers de la conservation, puisque notre collègue a dû y renoncer par l'apparition d'accidents graves, et qu'il s'est trouvé ainsi dans la nécessité d'amputer dans de mauvaises conditions.

Lorsque je me fais le défenseur de l'amputation immédiate, je n'ai en vue qu'une classe spéciale de fractures compliquées de la jambe, les fractures spéroïdes et non les fractures compliquées en général. Je n'ai parlé de ces dernières que pour dire que la règle doit être au contraire la conservation. Les statistiques anglaises et américaines, celle de M. Chenu, pour la Crimée, montrent que la conservation donne, pour les fractures de jambe par coup de feu, de meilleurs résultats que l'amputation. Le compte rendu de la campagne d'Italie, qui sera rendu public dans quelque temps, montrera mieux en-

core la nécessité de conserver autant que possible. C'est la règle que je suis pour les fractures compliquées.

La thèse que je défends est celle-ci : les fractures *spéroïdes* ou, mieux, *fractures par pénétration* de l'extrémité inférieure de la jambe, toujours très-graves, réclament l'amputation immédiate lorsqu'elles sont compliquées de plaies. Les signes physiques, contestables au lit du malade, manquent pour nous donner la preuve que la fracture qui se présente à nous est bien une semblable fracture ; mais ces fractures, amenées par cause indirecte, par pression suivant l'axe de la jambe, ont leur physionomie propre comme les fractures du radius à la partie inférieure, comme celle du grand trochanter par pénétration du col du fémur.

Si donc une fracture de la jambe siégeant à deux ou quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne a été produite par un mécanisme qui laisse supposer la pénétration; si la plaie a été faite par l'issue du tibia, chassé au dehors par la continuité de l'action fracturante ou par le poids du corps, il y a presque certitude de l'existence d'une fracture pénétrante se prolongeant sous forme de fissure ou de fente jusqu'à la surface articulaire, et, dans ce cas, bien qu'on possède peut-être des exemples avérés de guérison par la conservation, la règle générale doit être l'amputation immédiate.

M. GUERSANT. J'ai été témoin de la pratique que suivait Dupuytren : il insistait sur la nécessité d'amputer de bonne heure dans les cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe; mais il voulait être prévenu aussitôt qu'un blessé atteint d'une telle lésion était amené à l'Hôtel-Dieu, et il l'amputait dès que la stupeur qui suit l'accident avait cessé, c'est-à-dire après quelques heures.

M. VERNEUIL. Pour établir le pronostic, et poser les indications thérapeutiques en cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, il faut tenir compte de trois conditions : 1° l'état anatomique de la blessure; 2° l'état organique du blessé; 3° le milieu dans lequel on observe. Jusqu'à présent on s'est préoccupé surtout de la première condition, mais on paraît avoir trop négligé les deux autres.

Certainement, il est utile d'établir des catégories basées sur l'anatomie pathologique, et c'est avec raison qu'on tient grand compte de l'intégrité ou de l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. La communication primitive ou secondaire de la jointure, avec la plaie antérieure, assombrit tellement le pronostic que si on ne parvenait pas à prévenir l'arthrite, il reste peu d'espoir d'obtenir la gué-

rison sans opération sérieuse, amputation ou résection. La thérapeutique ordinaire, y compris les contre-ouvertures et le drainage, est presque toujours impuissante, et les tentatives obstinées de conservation ont même cet inconvénient grave d'ajourner la mutilation nécessaire, jusqu'à une époque où l'état local aggravé exige des sacrifices plus grands, et où l'état général du blessé rend le succès presque impossible.

Tout en reconnaissant, avec mes collègues, le danger inhérent à la communication de la jointure avec le foyer de la fracture, je ne voudrais qu'on en fît le seul élément capable de dicter au chirurgien la conduite à suivre, et que le choix entre l'amputation, la résection ou l'expectation ne rencontre pas d'autre critérium.

En effet, outre que le diagnostic précis de cette communication est parfois très-difficile, et ne repose souvent que sur des probabilités, l'observation démontre : 1° que la guérison peut s'obtenir sans opération malgré l'ouverture articulaire ; 2° que malgré l'intégrité primitive de la jointure, une arthrite secondaire peut se développer par propagation de l'inflammation, née dans le foyer de la fracture (le décollement du périoste, la suppuration des gaînes tendineuses sont les agents efficaces de cette propagation) ; 3° enfin que l'attrition des os et des parties molles peut nécessiter le sacrifice immédiat du membre, lors même que l'épiphyse tibiale a été respectée par l'accident. Mais l'observation montre également des succès inattendus, obtenus par l'expectation dans des cas très-graves, des revers prompts et tout aussi imprévus dans des cas très-simples, l'énorme mortalité quelle que soit la conduite suivie, la gravité extrême des amputations traumatiques, aussi comprend-on l'incertitude et l'indécision du praticien, et la nécessité de poser enfin des règles capables de servir de guides dans cette occurence difficile. M. Tillaux regrette que ces règles n'aient pas été formulées jusqu'ici, il craint que la discussion reste stérile, et il nous adjure de fournir des préceptes formels.

Je vais, pour ma part, tâcher de le satisfaire en exposant les résultats de mon expérience. Je dois déclarer au préalable que jusqu'à présent j'ai vu, un seul cas excepté, mourir tous les blessés atteints de fractures compliquées du quart inférieur de jambe, lorsque l'articulation était atteinte, et qu'on s'était borné à la thérapeutique ordinaire. L'exception a trait à un jeune homme, de bonne constitution, affecté de fracture spiroïde du tibia gauche, avec large plaie de la peau, et dénudation étendue de l'os ; la communication articulaire n'était pas d'abord évidente ; mais la douleur, la rougeur, le

gonflement, qui se montrèrent les jours suivants, autour du coude du pied me firent admettre une fissure verticale, allant du foyer de la fracture à l'articulation et ouvrant celle-ci.

J'avais proposé d'emblée l'amputation, au moins la résection. Le malade refusa opiniâtrement toute tentative opératoire. L'irrigation continue fut donc mise en usage, sans interruption, pendant un mois, puis remplacée par des pansements simples, un large séquestre se détacha des fragments supérieurs du tibia, et la consolidation finit par se faire sans trop de difformité. Depuis que j'ai adopté pour le traitement des fractures compliquées de petites plaies, l'occlusion immédiate avec le collodion, et la contention avec l'appareil de Scultet (voir la thèse de M. Bertrand), j'ai guéri sans accidents plusieurs fractures de la partie inférieure de la jambe, mais j'hésite à faire rentrer ces cas dans la présente discussion, parce que rien ne me prouve que l'articulation tibio-tarsienne ait été intéressée.

L'intervention opératoire m'a fourni des résultats variables dont voici le tableau :

Deux fois j'ai pratiqué l'amputation immédiate avec plein succès, chez un troisième blessé, au contraire, la pyohémie est survenue au 10e jour.

Une fois j'ai pratiqué l'amputation secondaire au 7e jour, et alors que la suppuration avait envahi déjà le foyer de la fracture et l'arculation du pied. Il s'agissait d'un paysan de 55 ans, sur la jambe duquel une roue de voiture avait passé. La fièvre était presque nulle et l'état général satisfaisant. L'amputation pratiquée à la campagne, au lieu d'élection supérieure, fut suivie d'une guérison prompte et sans accidents. Tout récemment j'ai vu à Montargis, une dame âgée qui s'était fracturé la jambe gauche, au quart inférieur, en descendant son escalier. Une esquille avait perforé la peau dans une petite étendue. Les choses allèrent bien dans les premiers jours, mais la suppuration s'étendit sous la peau jusqu'au voisinage du genou, et dans l'épaisseur du mollet. L'état général était bon. Je me contentai de faire au 12e jour la résection des fragments, j'enlevai plusieurs esquilles longitudinales très-aiguës, et je plaçai des tubes à drainage en plusieurs sens. Sans en avoir eu la preuve directe, je reste persuadé que la fissure du tibia devait gagner la jointure, l'opération amena sur-le-champ une amélioration locale. Le docteur Montier, médecin ordinaire de la malade, enleva les jours suivants d'autres esquilles, et je crois qu'à ce jour la guérison est assurée.

J'ai pratiqué une autre fois la résection secondaire. Il s'agissait

un charretier de 30 ans environ affecté de fracture du quart inférieur avec petite plaie faite par un fragment. En dépit de tous nos soins, le foyer s'enflamma et une hémorrhagie grave se fit dans le cours de la deuxième semaine. Je fis la résection et m'efforçai de retrouver l'artère tibiale antérieure que je soupçonnais d'avoir formé l'hémorrhagie (ce que l'autopsie confirma plus tard). Ne pouvant trouver ce vaisseau, je liai l'artère fémorale. L'hémorrhagie ne reparut pas à la jambe, mais l'inflammation ne fut pas arrêtée. Une pyohémie à marche lente se déclara; puis, un jour, survint une hémorrhagie foudroyante par le bout supérieur de la fémorale. Le blessé, je dois le dire, était entaché d'alcoolisme. L'autopsie démontra que la fracture, quoique très-voisine de la jointure, n'y avait pas pénétré, qu'il y avait cependant suppuration de l'articulation, mais que la communication entre celle-ci et le foyer de la fracture s'était établie par l'intermédiaire des gaînes tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs.

En résumé, sept cas donnent cinq guérisons et deux morts.

Les guérisons obtenues par l'expectation, une fois; par l'amputation immédiate, deux fois; par l'amputation secondaire, une fois; par la résection secondaire, une fois; la mort causée par la pyohémie après l'amputation immédiate, une fois, et une autre fois après la résection secondaire.

Tel est le bilan de ma pratique, et maintenant voici les préceptes théoriques que je crois devoir recommander :

1° Petite plaie, contusion médiocre des parties molles : réduction exacte, occlusion immédiate avec la baudruche et le collodion ; immobilisation et contention rigoureuses avec l'appareil de Scultet appliqué avec le plus grand soin. S'il n'y a point de douleurs, pansements rares. On peut laisser le premier appareil huit, dix et même quinze jours en place ;

2° Même conduite en cas de plaie plus grande et de contusion plus forte des parties molles. Des accidents inflammatoires se développeront presque inévitablement; mais ils seront moins intenses et surtout plus tardifs ; on aura gagné quelques jours, ce qui est fort important. On supprime l'occlusion et on laisse à découvert le foyer de la fracture pour combattre activement et localiser la phlegmasie; les frictions mercurielles, les badigeonnages iodés, les sangsues posées à une certaine distance, quelques débridements , l'introduction de drains pour pouvoir circonscrire l'inflammation et arrêter les accidents ;

3° Si l'on n'y parvient pas, on pratiquera la résection, dont ce

me semble il n'a pas été assez question jusqu'ici, et qui a donné de bons résultats à M. Langebert dans des cas de fractures par armes à feu, et à M. Ollier pour des fractures compliquées ordinaires. Cette opération, exécutée dans son foyer enflammé, et pendant le cours même de la fièvre traumatique, réussit beaucoup mieux que l'amputation pratiquée dans les mêmes conditions. On devra s'efforcer de ménager le périoste, ce qui est en général facile quand il y a inflammation des fragments et suppuration de la fracture.

4° Si les dégats primitifs sont considérables, si les os sont écrasés, et les parties molles largement déchirées ou fortement contuses, on peut, dans quelques cas, tenter la résection immédiate; mais il paraît plus sage de recourir d'emblée à l'amputation. Quant au moment convenable pour sacrifier le membre, j'adopte tout à fait les règles de Dupuytren, que vient de nous rappeler M. Guersand. Il faut attendre que le blessé soit remis de l'émotion et de l'ébranlement causés par l'accident, que le pouls soit relevé et la chaleur de la peau rétablie. Mais aussi il faut agir avant le développement de la fièvre traumatique, qui, dans quelques cas, s'allume de très-bonne heure. Il est facile, en visitant plusieurs fois le blessé si cela est nécessaire, de trouver, entre les premières heures et la fin du premier jour, un moment propice. Le thermomètre fournit des indications très-utiles. Toute amputation faite avant que la température ait atteint 38° peut être considérée comme immédiate. Si les douleurs locales sont vives, il convient de se hâter davantage.

En suivant les règles que je viens d'exposer, on aura, je crois, de bons résultats; mais ceux-ci dépendent encore du milieu où l'on pratique. Lorsque nous nous entretenons de ces questions avec les praticiens de la province et de la campagne, ceux-ci sont surpris de notre pessimisme et de la tendance que nous avons à opérer; ils nous citent des cas où, malgré des désordres primitifs très-étendus, ils ont obtenu la guérison sans résection ni amputation. Il est malheureusement vrai que dans nos grands centres, et surtout dans nos hôpitaux, la chirurgie conservatrice échoue le plus souvent et qu'en vieillissant nous devenons de moins en moins conservateurs. C'est pourquoi les préceptes que nous donnons n'ont rien d'absolu et doivent être modifiés d'apres les localités et les contrées.

Mais il est une autre condition que je voudrais voir apprécier plus sérieusement; je veux parler de l'état organique du blessé. M. Panas a touché incidemment ce point. En nous communiquant sa statistique, il a relevé quatre cas de mort. Mais, a-t-il ajouté : Deux de ces as ne doivent pas être comptés, parce qu'il s'agissait d'ivrognes qui

ont succombé peu d'heures après l'opération. Je suis tout à fait de l'avis de M. Panas sur l'extrême gravité des blessures et opérations chez les alcooliques; ces malheureux succombent presque inévitablement, quelle que soit la manière dont on les traite; mais comme les ivrognes sont très-communs dans nos hôpitaux, et surtout parmi nos blessés, il me paraît difficile de les supprimer aussi prestement de nos relevés statistiques. De là un grand embarras pour la méthode numérique. Si on les exclut, on n'a pas de statistique intégrale; si on les admet, on s'expose à juger fautivement les méthodes curatives. Je suis disposé à maintenir le principe des statistiques intégrales, mais je voudrais qu'une catégorie fût faite pour ceux de nos sujets qui, indépendamment de leur blessures, portent en eux un germe de destruction prochaine; car je ne saurais le répéter trop haut et trop souvent, si la variété des lésions traumatiques est telle qu'on a peine à trouver deux blessures absolument identiques, les différences individuelles sont telles qu'il est aussi mal aisé de rencontrer deux blessés dans des conditions organiques rigoureusement semblables. Continuons donc à nous préoccuper des blessures, mais songeons aussi à nous occuper un peu plus des blessés. Pour montrer l'importance que j'attache à cette donnée, je dirai que j'aurais plus d'espoir de sauver un sujet sain atteint de fracture compliquée de lésion articulaire qu'un ivrogne dont la jointure serait respectée.

Il me reste peu de chose a dire. M. Tillaux se demande si les grandes blessures occasionnées par les chemins de fer ont quelque chose de spécial; car, pour sa part, il a vu succomber, quoiqu'on fasse, ceux dont les membres avaient été brisés par les waggons en marche. Cette question a déjà été posée, presque dans les mêmes termes, au congrès de 1867, par M. de Méric, de Londres. Il demandait aux chirurgiens français si, plus heureux que leurs confrères de Londres, ils parvenaient à guérir les amputations consécutives aux accidents de chemin de fer. Il fut répondu, à cette époque, que les blessures susdites n'ont rien de spécial qu'à la manière de toutes les violences causées par les machines, les corps contondants d'un grand volume, les voitures pesamment chargées, etc. Elles étendent au loin leur action et amènent des désordres profonds qui remontent très-loin dans l'épaisseur du membre, quoique peu apparents et assez limités à l'extérieur.

Si on se contente de réséquer, et si même on ampute, mais trop proche du point où la peau est ouverte, on voit survenir bientôt le phlegmon diffus, la gangrène, et, finalement, la mort.

Si on s'éloigne suffisamment, au contraire, du point blessé, on

obtient tout autant de succès que dans les autres cas. Je crois cette interprétation des revers préférable à la théorie du choc traumatique; car, malgré mes efforts, je n'ai pu comprendre encore exactement ce qu'il faut entendre par ce terme, dont on a d'ailleurs oublié jusqu'ici de nous fournir une définition exacte et claire.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux disait qu'il n'avait pas vu d'amputés de jambe guéris, lorsque l'amputation était nécessitée par un accident de chemin de fer. J'ai été mieux partagé. Il y a dans ces circonstances deux espèces principales de lésions : 1° des broiements de parties saisies entre les rails et la roue de la locomotive ; 2° des arrachements lorsque le membre a été saisi dans des engrenages. Ce qui paraît donner de la gravité aux mutilations causées par des accidents de chemin de fer, c'est l'ébranlement général éprouvé par l'économie, la stupeur : et il faut attendre, pour opérer, que la réaction ait commencé à se faire. Dans ces cas, très-fréquemment les lésions remontent très-haut, et, comme l'a dit M. Trélat, on s'expose à un échec, si, dans le désir de conserver le plus de longueur possible au moignon, on ampute au niveau de la lésion apparente. Il arrive beaucoup d'accidents à la Chapelle ; quelques malades refusent de se laisser transporter à l'hôpital ; je déclare que les amputations faites à la Chapelle ont été souvent suivies de succès, mais je prends soin d'amputer très-haut.

Quant aux fractures multiples causées par les coups de tampon, j'ai eu l'occasion de traiter, à Necker et à Saint-Louis, des fractures de jambe dans lesquelles il y avait cinq ou six fragments. J'ai eu recours à l'irrigation, et j'ai guéri mes malades. Contrairement à ce que pense M. Verneuil, je crois qu'il faut la laisser longtemps, mais il faut aussi que l'écoulement de l'eau soit continu et ne s'arrête pas, comme cela est trop fréquent, pendant plusieurs heures et même pendant toute une nuit.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESORMEAUX. Dans la dernière quinzaine du mois de janvier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie l'appareil à extension continue du docteur Hennequin, avec quelques observations qui prouvaient son efficacité dans le traitement des fractures du fémur et de la coxalgie. Aujourd'hui, je viens lui apporter de nouveaux faits, et soumettre à son examen deux des malades dont suivent les observations.

Devant être publiées *in extenso*, je me contenterai de donner le

résumé succinct de quatre observations prises dans mon service l'hôpital Necker.

OBS. I. — *Fractures de la cuisse gauche.*

Première fracture, à l'union du tiers moyen avee le tiers supérieur, le 25 septembre 1867, 4 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet et de F. Martin. — Après guérison, 3 cent. de raccourcissement.

Deuxième fracture, au-dessus de la première, le 15 décembre 1868, 3 cent. de raccoureissement. — Extension continue. — Après guérison. le membre ne mesure plus que 1 cent. et demi de moins que l'autre.

Allongement du cal..............	1 cent. 1/2
Position en équerre.	
Force de traction................	de 6 à 7 kilogr.

Première fracture. — H..., âgé de 25 ans, cocher, entre dans mon service, à l'hôpital Necker, le 25 septembre 1867, pour être traité d'une fracture de la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. — 4 cent. de raccourcissement. On applique l'appareil de Scultet; quarante jours après, l'appareil de F. Martin, que le malade ne peut garder plus de trois jours, et enfin un appareil plâtré. A la levée de ce dernier, le raccoureissement est de 3 cent. Le cal est très-volumineux, le genou est augmenté de volume, et les mouvements de flexion de la jambe douloureux et peu étendus. Le malade sort le 13 janvier 1868. La claudication est corrigée par une chaussure à haut talon, mais la raideur du genou persiste.

Deuxième fracture. — Le 15 décembre 1868, H... se fait une nouvelle fracture de la même cuisse, au-dessus de la première. Le raccourcissement du membre n'a pas augmenté, grâce au volume du cal. On applique l'appareil de Scultet; quinze jours après, l'appareil à extension continue. Le cal est très-avancé; pas de mobilité entre les fragments. Le membre est placé en première position, après avoir entouré la jambe d'une bande roulée. L'extension est appliquée sur les condyles du fémur et le mollet; la contre-extension sur l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis. La force de traction est portée d'emblée à 6 kilogr., dont

2 sur les condyles et 4 sur le mollet. La branche horizontale du pubis et la tubérosité ischiatique devinrent un peu douloureuses.

On diminua la pression sur le pubis pour la porter sur la fosse iliaque externe; la force de traction fut réduite à 5 kilogr. La douleur diminua graduellement, et disparut complétement vers le dixième jour, époque à laquelle on put porter la force de traction jusqu'à 7 kilogr. Du reste, ce malade est assez fortement musclé. Rien de particulier à noter dans le cours du traitement.

L'appareil est enlevé le 8 février 1869, quarante jours après sa pose. Le membre est parfaitement conformé; les mouvements du genou sont plus libres et plus étendus; la jambe atteint l'angle droit.

Mensuration. De l'épine iliaque antéro-inférieure à la crête du tibia, la différence a oscillé entre 1 et 2 centimètres.

De l'ombilic aux malléoles externes, même différence.

Par le procédé Giraud-Teulon, la longueur du fémur sain était de 39 cent. 6 mill., et celle du fémur fracturé de 38 cent. 1 mill. Par conséquent, il avait été gagné 1 cent. et demi sur le raccourcissement de la première fracture.

Ce malade a été revu le 11 avril 1869.

Pas la moindre claudication.

Obs. II. — *Fracture de la cuisse droite au tiers inférieur. — 3 centimètres de raccourcissement. — Après la guérison, les deux membres ont exactement la même longueur. — Position en équerre. — Force de traction : 5 kilogr.*

Le 18 décembre 1868, je reçus dans mon service B... (Ernest), âgé de 39 ans, marchand de vin. Une feuillette de vin l'avait renversé et lui avait brisé la cuisse droite au tiers inférieur, un peu au-dessus des condyles. La surface de section est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Le raccourcissement est de 3 centimètres. L'appareil de Scultet est appliqué. Vingt et un jours après, il est remplacé par l'appareil à extension continue du docteur Hennequin.

Pas la plus petite trace de consolidation, pas même d'empâtement. Une bande roulée comprend le pied et toute la jambe. Le membre inférieur est placé en première position. L'extension est rapportée par le mollet et l'extrémité inférieure du fémur; la contre-extension par l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche du pubis. La traction est à peine de 5 kilogr.

Le malade, quoique ayant des muscles assez développés, a les

saillies osseuses trop peu accusées. Le bracelet passe par-dessus le condyles; on fut obligé de reporter sur le mollet à peu près toute la force de traction. La jambe devint un peu œdémateuse; la tubérosité ischiatique s'habitue difficilement à supporter la contre-extension. Trois jours après, on sentait autour des fragments l'empâtement précurseur de la formation du cal, qui, du reste, marche très-régulièrement, malgré le retard qu'il avait éprouvé. L'appareil fut enlevé le 27 février, juste sept semaines après sa pose. Le membre était parfaitement conformé; le cal à peine sensible et très-résistant; les articulations étaient complétement libres.

Mensuration. — Chez ce malade, la mensuration, plusieurs fois pratiquée à différents jours d'intervalle, ne révéla aucune différence dans la longueur des deux membres inférieurs.

Quelques jours après la levée de l'appareil, il se manifesta dans le cal une augmentation de volume, qui fut victorieusement combattue par la compression élastique, en fort peu de temps.

Ce malade n'a pas été revu.

Obs. III. — *Trois fractures successives de la cuisse gauche.*

Le 9 mai 1868, 1re *fracture* de cuisse à la partie moyenne, avec plaie. Fracture de la malléole externe et de l'astragale du même côté; luxation du pied en dedans. Appareil de Scultet, appareils plâtrés. Après guérison, 6 cent. 1/2 de raccourcissement.

2e *fracture*, le 19 septembre 1868, de la cuisse gauche, au même endroit. Appareil plâtré. Après guérison, même raccourcissement.

3e *fracture* de la même cuisse, au-dessous des premières. L'accident arriva le 1er février 1869. Appareil à extension continue. Après consolidation, le membre fracturé ne mesure plus que 1 cent. 1/2 de moins que l'autre.

Position en équerre. Force du traction : 6 kilogr.

C... (Étienne), âgé de 36 ans, charpentier, travaillait à la démolition de la voûte du palais du Champ de Mars, lorsque, perdant l'équilibre, il tomba la jambe entre deux portes. La violence fut telle, qu'il se fractura la cuisse vers la partie moyenne, la malléole externe, l'astragale, et se luxa le pied en dedans. Une large plaie de la face postérieure de la cuisse communiquait avec le foyer de la fracture.

L'accident arriva le 9 mai 1868. Le malade fut immédiatement transporté dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. La luxa-

tion fut réduite, la plaie pansée et le membre placé dans un appareil de Scultet, qui est enlevé le 6 juin : la plaie de la cuisse est cicatrisée, la fracture de la malléole consolidée, mais les fragments du fémur sont encore mobiles.

Le membre est mis dans un appareil plâtré. Deux mois après, la consolidation est loin d'être complète. Un autre appareil plâtré, comprenant tout le membre et le bassin, est appliqué séance tenante.

Vingt-huit jours après, la consolidation parut complète. Le raccourcissement est de 6 cent. 1/2.

Le malade était sans appareil depuis douze jours, lorsque, en se retournant dans son lit, il se fractura de nouveau le fémur au même endroit. Nous sommes à quatre mois et huit jours du premier accident.

Le membre est replacé dans un appareil plâtré pendant vingt-huit jours, après lesquels la consolidation parut assez avancée pour laisser le malade en liberté. Le séjour à l'hôpital se prolongea encore pendant un mois. Enfin, le malade sortit le 26 septembre 1868, ayant un raccourcissement de 6 cent. et demi, une plaie en suppuration à la face interne du talon. Pour corriger la claudication, le malade fixe sous sa chaussure une semelle en bois de 4 cent. et demi d'épaisseur.

Tous ces renseignements nous ont été donnés par le malade, qui est d'une intelligence rare pour un homme de cette condition.

Le 1er février 1869, C..., en voulant monter dans un omnibus, tombe à la renverse et se brise pour la troisième fois la cuisse gauche, au-dessous du cal des premières fractures. Transporté à l'hôpital Necker, il fut placé au n° 42 de ma salle Saint-Pierre. Le membre est placé provisoirement sur le double plan incliné de Boyer; le lendemain, dans l'appareil de F. Martin. Le raccourcissement n'avait pas augmenté; il était toujours de 6 cent. et demi.

Le 11 du même mois, je fis une incision à la face interne du talon pour extraire une portion de l'astragale nécrosée. Après cette opération, l'appareil de Martin rendait le pansement difficile. Le membre fut placé dans l'appareil à extension continue (14 février). Il n'y avait pas trace de consolidation; la mobilité entre les fragments était parfaite et le raccourcissement le même. Le membre est mis en première position; l'extension est faite sur le mollet et sur les condyles du fémur; la contre-extension sur les trois points pelviens; la force de traction est portée à 5 kilogrammes. Ayant négligé d'appliquer une bande roulée sur le pied et la jambe, il se produisit un gonflement œdémateux qui força le malade à suspendre l'extension con-

tinue pendant quelques heures seulement. L'oubli fut réparé, et l'extension rétablie avec la même force de traction, était des plus faciles.

Dans les premiers jours, les chairs et les condyles du fémur furent le siége d'une douleur peu intense, qui abandonna bientôt ces régions pour se localiser sur le coude-pied et augmenter d'intensité. Je cherche encore l'explication de cette douleur, qui certainement était sous la dépendance de l'extension continue. Malgré cela, la force de traction fut portée à 6 kilogrammes, et, à partir de ce moment, le maniement de l'appareil fut entièrement confié au malade.

Huit jours à peine s'étaient écoulés depuis le moment où l'extension continue avait été établie, que déjà on sentait l'empâtement précurseur du cal englober les fragments du fémur, phénomène que j'ai observé dans tous les cas de fractures traitées par l'extension continue.

Le 16 mars, juste un mois après sa pose, l'appareil est enlevé un instant pour changer le linge, et la différence entre les deux membres n'est plus en longueur que de 2 centimètres au plus. Le malade, encouragé, redouble de soin et de zèle. La plaie se cicatrise bien.

A partir du 15 avril, l'appareil n'est plus gardé que quelques heures par jour. Le malade se lève et se promène avec des béquilles. La plaie est fermée.

Le 24 avril, les membres inférieurs sont mesurés par trois procédés :

1° Des épines iliaques antéro-inférieures aux épines tibiales :

Le membre sain mesure..........	45 cent. 1/2
Le membre malade mesure.......	44 —

2° De l'ombilic au même point inférieur :

Membre sain..........	48 cent. 1/2
Membre malade................	46 — 1/2

3° Par le procédé de Giraud-Teulon, procédé mathématique qui donne la longueur du fémur à l'aide d'une construction géométrique, on trouve :

4° Longueur du fémur sain......	37 cent. 1/2
— — fracturé.....	36 —
Différence.......	1 cent. 1/2

En somme, 5 centimètes de gagnés sur les fractures antérieures. Ce malade eut, à la face interne de la jambe, un eczéma et un

érysipèle après la consolidation de la fracture. Ces deux complications disparurent du reste très-rapidement.

Enfin, C... abandonna l'hôpital, complétement guéri, le 9 mai 1869.

Obs. IV. — *Fracture de la cuisse droite à la partie moyenne. — 7 centimètres de raccourcissement. — Délire alcoolique phlyctènes. — Consolidation sans raccourcissement bien manifeste. — Position en équerre. — La force de traction a varié de 5 à 7 kilogrammes.*

G... (Pierre), âgé de 52 ans, carrier, est entré dans mon service le 19 février 1869, salle Saint-Pierre, n° 35, avec une fracture oblique de la cuisse droite vers la partie médiane, résultat d'une chute d'une hauteur de 5 à 6 mètres. Le fragment supérieur avait traversé les tissus jusqu'à la peau, qui était restée intacte ; il faisait à la région externe une saillie considérable. Le membre mesurait 7 cent. de raccourcissement, qu'on put réduire à 5 par des tractions énergiques.

On applique l'appareil de Scultet.

Le malade, grand buveur, ne tarde pas à être pris de délire alcoolique, dans lequel il démolit son appareil. A cet état succède une prostration intellectuelle, une hébétude, qui du reste paraît être son état normal ; de plus, cet homme est d'une malpropreté insigne.

Le 16 mars, dix-sept jours après l'accident, il est mis dans l'appareil du docteur Hennequin. Le membre mesurait alors 5 cent. de raccourcissement. Il n'y avait pas trace de consolidation. Une bande roulée comprend le pied, la jambe et une partie de la cuisse ; l'extension est appliquée sur le mollet et sur les condyles ; la contre-extension sur les trois points pelviens. Le membre est placé en première position. La force de traction fut portée à 7 kilogr.

L'ischion et la branche du pubis devinrent douloureux ; ils furent soulagés, et la traction ramenée à 6 kilogr. Il se forma des phlyctènes sur la face dorsale du pied, sur la face interne de la cuisse, à la région ischiatique et sur la face dorsale de la main droite. Elles guérirent sans pansement, excepté celle de l'ischion, qui donna lieu à une excoriation superficielle, due probablement à la malpropreté du malade, car le coussin ischiatique était complétement pourri et hors d'état de servir.

A partir du 29 mars, toute la contre-extension fut supportée par la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis, et la force de traction ne dépassa pas 5 kilogr.

L'extension continue n'était pas établie depuis plus de quatre

jours, qu'on sentait déjà l'empâtement précurseur de la formation du cal.

La dernière moitié du traitement ne donna lieu à aucun fait digne d'être noté. Le cal diminua de volume, tout en prenant de la consistance ; la saillie formée par le fragment supérieur est moins accusée.

L'appareil est enlevé le 29 avril, cinquante-trois jours après sa pose. La cuisse est très-solide et bien conformée. La saillie formée par le fragment supérieur n'a pas entièrement disparu ; le genou est un peu empâté, et la mensuration donne, comme distance de l'épine iliaque antéro-inférieure à l'épine tibiale :

Membre fracturé................	51 cent.
— sain....	50 cent. 1/2.

La différence est due au gonflement du genou.

Le malade se lève le 9 mai et marche avec des béquilles.

Le 13 mai, le membre est de nouveau mesuré à plusieurs reprises, et les différentes mensurations, ou n'accusent aucun raccourcissement, ou donnent une longueur de moins de 1 centimètre en faveur du membre sain.

De ces observations et des précédentes, M. Hennequin tire les conclusions suivantes :

1° Que les fractures du fémur doivent désormais entrer dans le cadre des fractures des os longs, se consolidant habituellement sans raccourcissement.

2° Que l'extension continue a une influence manifeste sur la formation du cal.

3° Que, sur la demande d'un malade, le chirurgien peut fracturer une cuisse ayant une courbure trop considérable, ou un raccourcissement trop grand, résultant d'une fracture antérieure, dans le but de redresser la première, et de diminuer le second par l'extension continue.

En résumé, sur quatre malades atteints de fractures de cuisse et traités par l'appareil du docteur Hennequin, deux, ayant une fracture pour la première fois, guérirent avec un raccourcissement nul ou douteux. Un, ayant une fracture pour la seconde fois, guérit avec un allongement de 1 centim. 1/2 sur le raccourcissement antérieur. Un autre, ayant une fracture pour la troisième fois, gagna 5 centimètres sur le raccourcissement des deux fractures précédentes.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, Léon Le Fort.

SÉANCE DU 26 MAI 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Sud médical.* — *Le Marseille médical.*

— Le tome V des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* Année 1868.

— *Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires,* par P. Delmas et L. Sentex. — Mémoire couronné par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux. Broch. in-8. Paris, 1869.

M. le docteur Gaillard, de Parthenay (Deux-Sèvres) adresse à la Société l'observation suivante : *Corps étranger constitué par des grains de raisin venant du rectum et formant un calcul dans l'épaisseur de la grande lèvre.*

Mme D..., âgée de 51 ans, habitant Parthenay, a toujours joui d'une bonne santé; elle n'est plus réglée depuis un an.

Le 10 avril 1869, elle a ressenti une douleur vive à la vulve, et elle a remarqué un gonflement considérable de la grande lèvre droite; mais elle m'a avoué plus tard que depuis trois ou quatre mois cette partie était plus volumineuse que la grande lèvre gauche; cependant il n'y avait aucune douleur; de sorte que la malade fait remonter l'origine de son mal à l'époque où elle a commencé à en souffrir, c'est-à-dire au 10 avril. Le 18 avril, elle me fait appeler, et je constate l'état suivant :

La grande lèvre droite est très-volumineuse, et semble, à première vue, être le siége d'un abcès; mais en l'écartant de la grande lèvre du côté opposé, on voit à sa partie interne une ulcération longue d'un centimètre et demi, donnant issue à du pus, et au milieu de cette ulcération un point noir. En touchant ce point noir je m'aperçois que c'est un corps dur, qui présente une consistance pierreuse, et en essayant de le saisir avec des pinces, il est facile de

voir qu'il offre des dimensions beaucoup trop grandes pour être extrait sans opérer un débridement. J'ajourne l'opération, et je m'efforce de faire comprendre à la malade qu'il est utile de la débarrasser de ce corps étranger. Il n'y a point de symptômes généraux, pas de fièvre; l'appétit est bon; l'affection est toute locale. Cependant Mme D... ne peut s'asseoir, souffre beaucoup, et se décide à laisser faire l'opération, que je pratique le 20 avril, de la manière suivante :

Ayant introduit une sonde cannelée à travers la petite plaie qui laisse saillir le calcul, je glisse cette sonde entre le corps étranger et la paroi de l'abcès, et je pratique avec le bistouri une incision de deux ou trois centimètres jusqu'au fond du foyer; je puis alors saisir le calcul avec des pinces à polype, et je l'extrais facilement, il n'avait aucune adhérence; le corps ainsi extrait est noirâtre, irrégulier, long de trois centimètres, et est accompagné d'autres petits corps beaucoup moins volumineux, dont quelques-uns ont la forme de pépins de raisin.

Quelques jours après la plaie était cicatrisée, et maintenant, un mois après l'opération, il n'en reste plus aucune trace, si ce n'est la cicatrice linéaire de la plaie.

Quel est le corps étranger que nous avons extrait ? s'est-il développé dans la grande lèvre ? est-il venu du dehors ou de l'intérieur du corps ? Telles sont les questions que je me suis posées.

Ma première pensée avait été celle d'un calcul développé dans le conduit excréteur de la glande vulvo-virginale, comme il s'en développe dans le canal de Sténon ou d'autres conduits analogues; mais, outre que je ne trouvais pas que ce corps eût l'apparence d'un calcul, les petits corps qui l'accompagnent ressemblent exactement à des pépins de raisin ayant séjourné longtemps dans l'intestin. Je suis donc porté à croire que ce sont des concrétions intestinales, qui ont perforé le rectum et ont cheminé jusque dans la grande lèvre, où ils ont séjourné avant de déterminer un travail inflammatoire qui devait en provoquer l'expulsion. Tout cela se serait passé sans qu'il y ait eu au voisinage de l'intestin de forte inflammation, car la malade n'a pas conservé le souvenir de grandes douleurs. Dans cette hypothèse, je craignais qu'il n'y eût là une fistule, mais je n'ai point rencontré de trajet à l'aide d'un stylet, et depuis que le corps étranger a été extrait, la plaie s'est guérie rapidement, sans rester fistuleuse.

Je ne crois pas qu'on puisse discuter l'opinion d'un corps étranger introduit volontairement et devenu le noyau d'un calcul, comme

cela se voit souvent dans les cavités naturelles, car il se trouvait ici dans l'épaisseur même de la grande lèvre.

Il sera facile, du reste, de connaître la composition du corps étranger; mais je n'ai pas voulu le diviser ni l'altérer, désirant l'envoyer intact à la Société de chirurgie, qui pourra le soumettre à l'analyse chimique et microscopique.

L'examen microscopique, fait pendant la séance, montre que le centre des petits calculs ayant la forme de grains de raisin est formé de cellules végétales. Il ne saurait donc y avoir de doute sur la question de nature et de provenance de ces calculs.

INCIDENTS SUR LE PROCÈS-VERBAL

M. LIÉGEOIS lit une note à propos d'une réclamation faite par MM. Legros et Onimus au sujet de son rapport sur le travail communiqué par ces auteurs dans une séance antérieure.

La Société arrête qu'il sera mentionné au procès-verbal de la séance de ce jour que c'est par erreur que le travail de MM. Legros et Onimus a été publié. La Société avait décidé qu'il serait renvoyé aux archives, et que le rapport de M. Liégeois méritait seul les honneurs de la publication dans les bulletins de la Société.

Suite de la discussion sur les fractures compliquées de la jambe.

M. ALP. GUÉRIN. On s'est occupé jusqu'ici, dans cette discussion, des fractures de la jambe au tiers ou au quart inférieur (car les uns ont dit le quart et les autres le tiers), sans rien préciser. Quand j'ai vu mettre cette question à l'ordre du jour de la Société, j'ai pensé que quelqu'un était prêt à tracer la marche à suivre, à indiquer les circonstances dans lesquelles on peut espérer la guérison sans mutilation, et celles qui réclament impérieusement l'amputation. J'ai le regret de dire que mon espoir a été déçu, et je pense qu'il eût mieux valu attendre, pour traiter ce sujet, que l'expérience des membres de la Société leur eût donné une autorité que l'on nous a longtemps accordée. Je ne voulais pas prendre part à cette discussion, mais ayant vu des fractures du bas de la jambe en nombre tellement considérable qu'il me serait difficile de l'exprimer approximativement, je vous demande la permission de vous dire dans quels cas j'ampute, et quels sont ceux qui me font tenter de guérir sans amputation.

Il faut mettre de côté les fractures comminutives avec plaie, qui s'accompagnent d'une atteinte profonde aux parties molles ; nous n'avons à nous occuper ici que des fractures qui empruntent leur gravité au siége qu'elles occupent, et non à l'étendue de la lésion; car s'il en était autrement, nous n'aurions pas à chercher dans quels cas on peut conserver une jambe fracturée dans son quart inférieur; on eût posé simplement la question des fractures compliquées. C'est justement la précision de l'énoncé du sujet mis à l'étude qui me faisait espérer qu'une vive lumière allait à l'avenir nous guider; mais cette précision est de nature à causer quelque hésitation aux chirurgiens qui, comme moi, se contentent de demander à la pratique des guides qu'ils n'ont point eu la prétention d'imposer aux autres. Je réclame donc de mes collègues une grande indulgence pour mes opinions.

Les fractures de la jambe au quart inférieur peuvent s'accompagner d'une solution immédiate ou consécutive des parties molles. Je m'occuperai d'abord de la première espèce, de la seule dont on s'est occupé jusqu'ici :

Est-il bien vrai que cette fracture emprunte à son siége une gravité exceptionnelle ? Est-elle plus grave que les solutions de continuité du milieu de la jambe ? Il est incontestable que des fractures siégeant au quart inférieur de la jambe se prolongent souvent dans l'articulation tibio-tarsienne et dans ce cas, la pénétration articulaire se fait par une simple fissure ou par une communication large avec disjonction des fragments.

Dans l'un et dans l'autre cas il y a une complication dont il faut tenir compte pour le pronostic ; mais il est bien clair que la gravité diffère essentiellement suivant la largeur de la solution qui met l'articulation en communication avec le foyer de la fracture dont la continuité de l'os est le siége. Nous avons tous guéri des fractures du tibia avec fêlure, s'étendant jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, sans que cette complication ait retardé la guérison d'un jour. Sans doute on peut contester cette proposition, puisqu'on peut soutenir que dans les cas de guérison prompte la fracture ne communiquait pas avec l'articulation; mais nous avons tous vu, en faisant l'autopsie des personnes qui avaient succombé aux suites de la fracture de la jambe au quart inférieur, des solutions de continuité si étroites, qu'il fallait une grande attention pour les découvrir, et compliquant si peu la lésion principale, que l'articulation n'était pas même le siége d'une quantité notable de synovie.

Pour ma part, je suis porté à croire que, dans un certain nombre

de cas, la simple fêlure qui s'étend de la fracture du tibia dans l'articulation tibio-tarsienne ne constitue pas une complication grave.

Il n'en est plus de même quand la communication entre la fracture et la cavité articulaire permet au sang et à l'air d'aller du foyer de la fracture dans l'articulation. Dans ce cas, on ne peut pas compter sur un commencement de réunion que j'appellerai immédiate; il faut s'attendre à ces interminables suppurations qui tôt ou tard, mettent le chirurgien dans l'obligation de sacrifier le membre qu'il a tenté de conserver.

Entre les faits extrêmes, il y en a d'autres sur lesquels on ne peut pas se prononcer d'une manière générale: suivant qu'ils se rapprochent plus ou moins de l'un ou de l'autre, on tentera de guérir sans opération, ou bien l'on se décidera à pratiquer l'amputation.

J'ai répondu à la première question que j'avais posée. Oui, la fracture du quart inférieur de la jambe emprunte à son siége une gravité exceptionnelle.

Si maintenant nous examinons l'autre question, si nous comparons sa gravité à celle du milieu de la jambe, nous trouvons dans le mode de production de la fracture, et dans le rapport des fragments entre eux, des conditions qui ont leur importance au point de vue du pronostic. Dans une chute sur les pieds, la fracture du tibia siége ordinairement au quart inférieur, parce que c'est le point le plus fragile de l'os, si nous nous en rapportons à l'observation clinique. Les fractures de la partie moyenne sont le plus souvent produites par un choc direct; elles sont transversales, tandis que les autres sont obliques; leur réduction est en général facile, tandis que celle des fractures du quart inférieur présente une difficulté dépendant du glissement des fragments l'un sur l'autre. Ce n'est pas seulement par suite de cette obliquité des fragments que les fractures du quart inférieur sont plus sujettes au déplacement que celles qui siégent plus haut; les fractures de la partie moyenne une fois réduites, sont faciles à contenir, parce que les os sont tirés en dehors et en arrière par des muscles qui s'y insèrent; plus bas, les muscles, ne font plus que glisser sur l'os. Dans les fractures du bas de la jambe, le fragment inférieur est entraîné en arrière par l'action musculaire contre laquelle il faut sans cesse lutter, si l'on veut conserver au pied sa direction normale. Je recommande toujours de passer les coussins sous la face plantaire, et d'exercer une traction sur la partie antérieure du pied, pour combattre l'action musculaire. Les anciens employaient une talonnière dans le même but. Ayant abandonné à mes élèves le

soin d'une fracture du quart inférieur de la jambe, avec une petite plaie au niveau de la malléole externe, je m'apercus à la levée de l'appareil que le pied était déjeté en arrière; et comme le travail de consolidation était avancé, les muscles rétractés s'opposaient aux efforts que je faisais pour ramener le pied perpendiculairement à la direction de la jambe. Le résultat eût été certainement très-fâcheux si je n'avais pris immédiatement le parti de faire la section du tendon d'Achille. Grâce à cette petite opération, le pied est revenu dans sa direction normale; mais un peu plus tard, la chose eût été impossible.

Ainsi l'action musculaire augmente la gravité des fractures du quart inférieur du tibia, et souvent les chirurgiens agissent d'une manière aussi nuisible que les muscles, en voulant réduire d'une manière parfaite.

Il faut que la réduction rapproche les fragments; mais il faut bien se garder de les mouvoir sans cesse pour obtenir une coaptation plus parfaite. Le fragment inférieur étant sollicité en arrière, beaucoup de chirurgiens se préoccupent trop de la difformité qui en résulte, refont la coaptation, et s'opposent ainsi à la formation prompte du cal. Il faut savoir se résigner à la déformation : c'est là le secret du succès dans les fractures du quart inférieur de la jambe.

Il y a pourtant un cas dans lequel il faut absolument faire la coaptation : c'est lorsque les fragments sont placés de telle manière qu'il y a un intervalle entre eux et les muscles soulevés. De ce déplacement résulte une sorte de puits dans lequel le sang, puis le pus, s'amassent et décollent les parties molles dans une grande étendue.

Une fois la coaptation faite, il faut la maintenir, et c'est en permettant d'agir ainsi que le taffetas et le collodion sont utiles. Je comprends l'utilité du pansement au collodion dans les cas où il y a peu de dégâts; mais je doute que l'on obtienne des résultats bien satisfaisants quand il y a eu déchirure des muscles et contusion plus ou moins profonde. Dans ce cas, l'irrigation a rendu de grands services, et ce serait encore le meilleur moyen si l'on avait un appareil qui permît l'irrigation en même temps que la fixité des fragments.

Convaincu qu'il importe par-dessus tout de s'opposer à la mobilité des fragments, j'ai l'habitude d'appliquer un appareil ordinaire, qui permet au malade de se mouvoir sans que les mouvements retentissent dans la fracture et pendant les pansements qui se font ordinairement. Moi-même, tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'abondance de la suppuration, je m'efforce de maintenir les fragments dans les rapports qu'ils ont eus jusque-là; et de cette manière

j'ai obtenu des résultats que je trouve très-satisfaisants, sans que je puisse en donner la statistique.

J'ai dit que les fractures de la jambe s'accompagnent aussi d'une solution de continuité *consécutive*. Cela est très-fréquent : l'extrémité inférieure du fragment supérieur blesse souvent la peau sans la traverser. De cette contusion résulte une eschare plus ou moins étendue, qui, lorsqu'elle tombe, laisse une plaie communiquant avec le foyer de la fracture. Si à la chute de l'eschare il y a déjà commencement de consolidation, si les éléments du cal ont déjà établi une union aussi légère que possible entre les fragments, on est autorisé à porter un pronostic favorable. Il arrive souvent, dans ces cas, que la guérison s'opère comme pour les fractures les plus simples; il n'en est pas de même si, au lieu d'appliquer un appareil, on a mis le membre dans une gouttière où des mouvements lui sont involontairement imprimés. Pour ces cas-là, je repousse aussi l'irrigation, qui retarde la formation du cal, et s'oppose à ce que les fragments soient unis au moment de la chute de l'eschare.

De ce que je viens de dire, il résulte qu'une fracture du bas de la jambe, même lorsqu'elle communique avec l'articulation tibio-tarsienne, même par une fente étroite, doit laisser l'espoir d'une guérison sans amputation.

Je n'ampute que les malades qui ont une fracture communiquant largement avec l'articulation, et ceux qui ont subi une contusion étendue des parties molles ou une dénudation étendue des fragments.

Quand la contusion de la peau et des muscles est faible et que les fragments sont dénudés, j'ai quelquefois pratiqué la résection; mais il faut être prévenu que souvent les fractures, que l'on croit presque transversales, présentent des fissures qui s'élargissent sous l'action de la scie, et qu'ainsi on peut, par la résection, s'exposer à une complication plus ou moins grave.

Voilà, d'une manière un peu trop générale sans doute, ce que je pense des fractures du bas de la jambe. L'application de l'opinion conçue par chaque chirurgien se fait ensuite d'après un calcul de probabilités fondé sur l'expérience et le souvenir des nombreuses observations qu'il a pu recueillir.

J'ai pratiqué la résection des fragments des fractures de la jambe, mais je n'ai eu que médiocrement à m'en applaudir. J'ai vu des malades guérir après sept ou huit mois de traitement, et n'échapper à la mort qu'après avoir couru des dangers qui n'eussent guère été plus graves si je n'avais pas reséqué.

La croyance que nous avons tous que les fractures du bas de la jambe communiquent souvent avec l'articulation tibio-tarsienne n'est-elle pas d'ailleurs de nature à nous rendre très-réservés pour la résection ? Je comprends que l'on resèque les fragments dénudés, mais à la condition que l'on ne sera pas exposé à agrandir la fente, qui s'étend jusque dans l'articulation voisine.

M. LEGOUEST. J'ai écouté avec grand plaisir le discours de M. Guérin. Ceux de nos collègues qui ont pris jusqu'à présent la parole dans cette discussion me paraissent avoir assombri le tableau, déjà sombre, des dangers que peut faire courir aux malades l'existence d'une fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure ; les fractures sont graves, nul ne peut le nier; mais elles ne sont pas particulièrement graves.

On ne me paraît pas avoir suffisamment insisté jusqu'à présent sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces fractures. Les variétés peuvent être ramenées à deux espèces principales : les premières, accompagnées d'une plaie plus ou moins étendue faite aux téguments, mais sans que la fracture pénètre jusque dans l'articulation ; les secondes diffèrent des précédentes par la pénétration jusque dans l'articulation,

A moins de désordres exceptionnels, les premières ne réclament pas l'amputation, et je crois que sur ce point nous sommes tous d'accord. Les secondes sont, au contraire, très-graves ; à tel point que M. Gosselin, dans le mémoire où il les décrit pour la première fois, les regarde comme devant fréquemment amener l'infection purulente.

La gravité de ces fractures me paraît dépendre de leur étiologie, de leur mode de production, de la force presque toujours considérable que nécessite leur production, et de la direction même de cette force. En effet, elles sont le plus souvent produites par une énergique pression agissant suivant l'axe longitudinal du tibia, comme dans une chute sur les pieds. C'est ce qu'on remarque, par exemple, dans la plupart des observations rapportées dans le travail de M. Bérenger-Ferrand. J'ai fait à ce sujet des expériences sur le cadavre, et j'ai vu que pour les produire il fallait, après avoir placé le pied sur un sol résistant, frapper violemment sur l'extrémité supérieure du tibia.

Quant aux signes qui peuvent nous indiquer la pénétration de la fracture jusque dans l'articulation, ils sont quelquefois évidents, quelquefois douteux, quelquefois nuls. J'espérais que M. Guérin nous aurait éclairés sur ce point; je regrette qu'il n'ait pas pu nous

donner des signes diagnostiques. Quant à moi, je crois, je le répète, qu'au lit du malade il faut tenir le plus grand compte de la cause productive, si l'on veut en quelque sorte deviner les désordres produits.

Lorsque la fracture s'accompagne de fracas considérables, lorsqu'il y a une large plaie, ce que nous observons de temps en temps chez les estaffettes qui, faisant le service des ministères, font une chute dans laquelle la jambe est prise sous le cheval, il faut amputer.

Quand il n'y a que des signes d'induction (mobilité latérale du pied considérable, gonflement de l'articulation, dû probablement à du sang épanché), il faut en tirer tout le parti possible pour le diagnostic; mais dans ce cas il ne faut pas, en général, amputer primitivement : le danger est ici l'inflammation consécutive de l'articulation; ce danger, on peut le conjurer, et quand il se montre, le combattre. Que faire pour cela ? il faut avant tout assurer l'immobilité du pied. On y arrive de deux façons : en employant la semelle plantaire, que tous les chirurgiens emploient de temps immémorial, et en poussant les malléoles l'une vers l'autre au moyen d'un bandage en huit de chiffre placé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il faut surtout empêcher le fragment supérieur de descendre et de venir écarter les fragments épiphysaires; pour cela, il suffit d'élever la jambe et de fléchir le genou.

Je ne veux pas examiner la valeur du collodion et de l'irrigation continue. Depuis longtemps j'ai renoncé à ce dernier moyen, et je me borne à faire appliquer des compresses imbibées d'eau alcoolisée qu'on renouvelle trois ou quatre fois par jour. De cette manière, aussi bien que par l'irrigateur, on peut prévenir l'inflammation articulaire.

Reste à parler de la résection. J'en suis peu partisan dans la continuité des os; mais quand il y a, non pas impossibilité, mais seulement difficulté à réduire, je crois qu'il est bon de ne pas attendre et de reséquer le fragment saillant.

J'ai fait une fois la résection partielle de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai reséqué la malléole externe. J'en ai été peu satisfait et je ne suis pas partisan de cette opération. J'ai lu beaucoup d'observations, et je me suis aperçu de ce fait, qui confirmait ce que m'avait appris ma pratique : c'est que les résections guérissaient d'autant mieux que les plaies étaient plus larges. On peut sans doute être amené à reséquer secondairement, mais je tiens à constater qu'on peut tenter la conservation alors même que la plaie a ouvert largement l'articulation.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DEMARQUAY présente un malade atteint depuis plus de trois mois d'une luxation intracoracoïdienne, et qu'il a soumis à trois tentatives de réduction avec l'appareil de Jarvis. La luxation n'est pas complétement réduite, mais la tête a été amenée très-près de la cavité glénoïde, et le malade a recouvré la plus grande partie des mouvements de l'épaule et du bras.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 2 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Sud médical* ;

Relation humoristique d'une excursion médicale aux eaux de Schinznach, par le docteur Putegnat (de Lunéville);

De la part du collége des médecins de Londres : *The nomenclature of diseases drawn up by a joint committee appointed by the royal college of physicians* ;

Der erste verband auf dem Schlachtfelde (premier pansement sur le champ de bataille), par le professeur Esmarch;

Treatise on the transport of sick and wonded troops by inspector general T. Longmoore, ouvrage important avec 200 planches ;

M. le docteur Goiral adresse un manuscrit intitulé : *Des divers moyens opposés aux descentes de matrice*. — Renvoyé à M. Tarnier;

M. Gripouilleau envoie la *Description de l'appareil prothétique qu'il*

propose pour les amputés du bras. (Commission : MM. Le Fort, Tillaux, Panas.

M. Dewalz communique une observation de plaie de la région fessière accompagnée d'hémorrhagie grave. Tentative de la ligature dans la plaie. Arrêt spontané de l'hémorrhagie avant l'opération.

RAPPORTS

M. Léon Le Fort fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Philippe, chirurgien principal de l'armée, intitulé : *Peromoplastie, ou autoplastie du moignon après les amputations dans les cas de saillie de l'os.* Ce procédé, appliqué sur un malade amputé de la cuisse depuis quelques jours, consiste à détacher les chairs au ras de l'os saillant, de manière à pouvoir les faire glisser jusqu'à ce qu'elles recouvrent l'os faisant saillie. La Société décide que des remercîments seront adressés à M. Philippe pour son intéressante communication, et que ce travail sera honorablement déposé dans ses archives.

COMMUNICATIONS

Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé, à petites doses, dans l'étude de la syphilis. — M. LIÉGEOIS. — Je me propose d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur les services qu'il est permis d'espérer de l'emploi de la méthode hypodermique appliquée à l'étude de la syphilis. Quoique mes recherches dans cette direction datent de dix-huit mois et portent sur plus de 400 observations, j'aurais ajourné encore l'exposition de mes résultats cliniques, et attendu avec patience que le temps eût consacré les espérances que cette méthode promet, si le problème de l'action des mercuriaux ne s'était, en quelque sorte, naturellement imposé à moi, et ne m'avait engagé dans une voie d'investigation toute particulière sur laquelle je désirerais actuellement appeler l'attention.

Dans les essais faits jusqu'ici avec la méthode hypodermique appliquée à la syphilis, les sels mercuriels seuls ont été employés. En 1864, Scarenzio fit essai du calomel à la dose de 20 centigrammes pour 9 grammes d'eau distillée. Trois ou quatre injections suffirent pour la guérison de la syphilis.

La méthode de Scarenzio fut employée en Italie par Ambrosoli, Ricordi et Monteforte ; en Belgique, par Max O. Van Mons. En 1866,

Barclay Hill, en Angleterre, se servit du sublimé à la dose de 1 centigramme par injection. Vers la même époque, G. Lewin, de Berlin, employait aussi les injections de sublimé à la dose de 6 milligrammes chez la femme, 13 milligrammes chez l'homme, en dissolution dans 15 grammes d'eau. Les observations de cet auteur, consignées dans un volumineux ouvrage, portent sur 700 observations, prises de 1865 à 1867. La méthode de Lewin est actuellement étudiée par Hébra, Viederhoffer, Doblic, B. Richter, Blœse, Klemm, Merscheim, Grünfeld, Stœhr. En France, elle a été employée par M. Hardy, sans succès. En 1868, M. A. Martin a proposé, pour injections, l'iodure de mercure et de potassium. M. Bricheteau, en 1869, a appelé l'attention sur l'iodure de mercure et de sodium, sans preuves à l'appui. Disons enfin que Mallez , en commun avec M. Pouillet, ont pratiqué avec succès la méthode hypodermique, d'après le procédé que j'indiquerai bientôt, sur vingt malades.

Mes premiers essais datent du mois d'octobre 1867. Ils m'ont été suggérés par Lewin lui-même, lors du congrès médical international. Dix-huit femmes de Lourcine, atteintes d'accidents syphilitiques secondaires graves, ont été mises aux injections de sublimé telles que Lewin les donne (6 milligrammes pour 1 gramme d'eau ; une injection par jour). Aucun régime tonique n'a été prescrit, aucun traitement local n'a été fait. Toutes mes malades ont guéri de leurs accidents dans l'espace de quinze à vingt jours. Mais la fréquence de la salivation, les abcès, les eschares qui survinrent au niveau de la piqûre me firent renoncer au moyen de Lewin. Entré à l'hôpital du Midi le 15 décembre de la même année, le souvenir de ces guérisons, en quelque sorte merveilleuses, obtenues à Lourcine, me revinrent sans cesse à l'esprit, et un beau jour, le 15 janvier 1869, je reprenais la seringue de Pravas, me proposant de chercher à mitiger les effets irritants locaux de l'injection de sublimé. Après plusieurs tentatives, je constatais que la dose de 4 centigrammes de ce sel environ, diluée dans 2 grammes d'eau, et injectée en deux fois, était parfaitement innocente. C'est cette dose que j'ai employée constamment dans mes recherches subséquentes.

Une fois convaincu de l'innocuité de ma solution, je résolus de mettre à l'écart, tout d'abord, les autres moyens qui pourraient influencer, dans un sens ou dans un autre, les résultats de la méthode, et pour cela, je fis, du 15 janvier au 1er décembre, des injections de sublimé sur une série de sujets (196) choisis parmi les plus gravement atteints de syphilis, mais chez lesquels aucun traitement local ne fut mis en usage : ni bains, ni lotions, ni cautérisa-

tions. Parmi ces sujets, quelques-uns seulement, dans un but comparatif, furent mis aux injections et aux toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Les malades atteints d'accidents légers furent soumis, soit aux pilules de protoiodure de mercure, soit à la liqueur de Van Swieten, soit aux toniques, sans employer non plus chez ceux-ci aucun traitement local.

Depuis le 1[er] décembre 1868, la plupart de mes malades atteints de syphilis grave furent mis aux injections sous-cutanées et au traitement local ; un certain nombre ont été traités, dans un but comparatif, par les frictions mercurielles.

Je ne consignerai ici que mes résultats de l'année 1868, me proposant, en 1870, de rapporter les seconds et de les comparer aux précédents.

La formule de mon injection est la suivante :

Eau distillée	90 gr. »
Sublimé.........................	» gr. 20
Chlorhydrate de morphine..........	» gr. 10

Ce qui fait un peu plus de 2 milligrammes de sublimé pour une seringue de Pravaz, de la contenance de 1 gramme.

Tous les matins, deux injections successives ont été faites dans le tissu cellulaire du dos : l'une à droite, l'autre à gauche. En général, elles sont accompagnées d'une sensation douloureuse, excessivement variable chez les sujets, mais très-supportable. Aucune réaction inflammatoire ne se produit au niveau du point piqué. Deux fois seulement, l'injection ayant été poussée dans l'épaisseur de la peau, il se forma une légère eschare. La salivation est exceptionnelle ; sur 196 sujets, elle a eu lieu 4 fois et a été des plus légères. Cinq ou six jours après le début du traitement, le malade accuse un mieux sensible dans son état général. Vers la même époque, s'il s'agit de plaques muqueuses, celles-ci commencent à s'améliorer ; les formes sèches des manifestations secondaires de la syphilis s'améliorent plus lentement. Rarement, à partir des cinq ou six premiers jours, les accidents augmentent d'intensité ; plus rarement encore des accidents d'une nouvelle forme apparaissent. Toutes les fonctions, pendant le traitement, parurent se faire avec activité, notamment la fonction de digestion. L'embonpoint augmenta, dans la généralité des cas, dans de fortes proportions.

Statistique générale : 196 malades ont été traités par les injections de sublimé pour des accidents secondaires. Sur ces 196 malades,

127 ont été notés guéris à leur sortie; 69 ont été notés améliorés. Pour les guéris, le nombre moyen d'injections a été de 68; pour les améliorés, de 50. Le nombre des récidives a été, pour les guéris, de 12 (9.45 0/0); pour les améliorés, de 14 (20.30 0/0).

Par amélioré, j'entends tout sujet qui ne conserve pas trace des accidents secondaires qu'il a présentés à son entrée. La plupart touchaient à la guérison; c'est ce qui explique la proportion relativement faible de récidive chez ces sujets.

Statistiques partielles. Un des avantages de la méthode sous-cutanée telle que je l'applique, avantage sur lequel je n'insisterai qu'ici, c'est qu'elle permet de savoir exactement la dose de sel mercuriel qui pénètre dans l'organisme et qui concourt à la guérison de la syphilis, ce que l'on ne peut connaître par les autres moyens : aussi ai-je utilisé cet avantage pour l'examen des conditions spéciales thérapeutiques, physiologiques, morbides, dans lesquelles se trouvaient les sujets syphilitiques soumis à mon observation.

De ma statistique particulière portant sur les conditions thérapeutiques des sujets mis aux injections, statistique que je présenterai sous forme de tableau dans un mémoire, il résulte que les sujets qui guérissent le plus facilement par les injections hypodermiques sont ceux qui ont subi, à une époque plus ou moins reculée, un traitement mercuriel (liqueur, proto.., frictions.) Il faut, à ces sujets, en moyenne, 60 injections, c'est-à-dire 30 jours de traitement. Puis viennent ceux qui,, ayant été mis, à leur entrée à l'hôpital, à un traitement mercuriel ou aux toniques, ont, ne voyant pas d'amélioration dans leur état, demandé à être mis aux injections : il leur faut 61 injections. Puis viennent les malades mis simultanément aux injections et aux toniques; il faut à ceux-ci 63 injections. Puis enfin viennent ceux qui ont été mis aux injections de sublimé seules (121 malades sont dans cette catégorie); ceux-ci réclament, pour leur guérison, une moyenne de 74 injections, 37 jours de traitement. Pour la durée du traitement, le désavantage est donc aux injections de sublimé employées chez des sujets n'ayant subi aucun traitement antérieur et n'ayant point été mis au régime tonique. Mais si l'on tient compte des récidives, celles-ci sont d'autant plus assurées que le traitement par les injections a été moins long, à l'exception cependant des malades en récidive d'un traitement mercuriel, chez lesquels l'état constitutionnel a été modifié par un traitement antérieur de plus ou moins longue durée. Chez ceux-là il y a seulement 6 0/0 de récidive. Mais pour

les malades mis à leur entrée à un traitement mercuriel et mis au bout de quelques jours au sublimé, les récidives sont dans les proportions de 37.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis simultanément aux injections et aux toniques, les récidives sont dans les proportions de 12.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis seulement aux injections, les récidives sont seulement de 7.69 0/0.

Les diverses conditions qui suivent ont été étudiées chez des sujets mis exclusivement aux injections et notés guéris à leur sortie.

Age. Depuis 15 ans jusqu'à 40 ans, plus le sujet est jeune, plus il faut d'injections, mais moins il est exposé à une récidive ; tandis que, de 10 à 15 ans, il faut, pour la guérison de la syphilis, 70 injections; de 20 à 30 ans, il en faut 68; de 30 à 40 ans, 65; mais dans le premier cas, il n'y pas de récidive; dans le deuxième cas, le chiffre de celles-ci est représenté par 6.66; dans le troisième cas, par 18.75.

Nature des accidents secondaires. La roséole est l'accident qui guérit le plus facilement, il faut 62 injections ; puis viennent les plaques muqueuses, il faut 64 injections; puis viennent les syphilides pulpuleuses, il faut 66 injections ; puis viennent les plaques muqueuses combinées à d'autres accidents, il faut 81 injections.

Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections; les sujets atteints de roséole font seuls exception ; pour ceux-ci nous n'avons pas de récidives. Pour les plaques muqueuses, elles sont dans la proportion de 11 pour 100; pour les syphilides papuleuses, elles sont de 6 pour 100; pour les plaques muqueuses combinées à d'autres accidents, elles sont de 4 pour 100.

Accidents tertiaires. Dans les trois cas d'accidents tertiaires traités par les injections (syphilide tuberculeuse ulcérée du front, syphilide tuberculeuse de la face et du front, périostite de la voûte palatine avec ulcération), la guérison s'est effectuée, chez l'un au bout de 42 injections, chez l'autre au bout de 30 injections, chez l'autre au bout de 42 injections.

Date du début des accidents secondaires. Le nombre d'injections nécessaires pour la guérison est d'autant plus considérable que le début de ces accidents est plus éloigné. Tandis que pour des accidents qui datent de 1 à 15 jours, il faut 55 injections, pour ceux qui datent de 15 à 25 jours il faut 68 injections; de 25 à 35 jours, 69 injections; de 45 à 55 jours, 67 injections; de 55 à 65 jours, 77 injections; de 65 jours et au delà, 79 injections. Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections. Pour les acci-

dents qui datent de 1 à 15 jours, il y a 4,50 pour 100 de récidive; de 15 à 25 jours, pas de récidive; de 25 à 35 jours, 11 pour 100 de récidive; de 45 à 55 jours, 16 pour 100 de récidive; de 55 à 65 jours, pas de récidive; de 65 jours et au delà, pas de récidive.

Incubation du chancre. Plus l'incubation du chancre a été longue, plus il faut d'injections. Il a fallu 63 injections pour une incubation de 6 à 10 jours; 79 injections pour une incubation de 10 à 20 jours; 43 injections pour une incubation de 20 à 30 jours, 91 injections pour une incubation de 30 à 40 jours; 86 injections pour une incubation de 40 à 120 jours.

Date du chancre. Des sujets se sont présentés avec des accidents secondaires qu'ils rapportaient à des chancres datant de 5 ans, 18 mois, 12 mois, 6 mois. Les accidents secondaires, sans doute, avaient échappé à leurs observations. A ceux-là il a fallu 84 injections, chiffre supérieur à notre moyenne générale (74).

Il résulte donc de toutes ces statistiques partielles que la syphilis résiste d'autant plus au traitement que l'affection est plus ancienne; en cela elle diffère des maladies virulentes ou miasmatiques, qui, en général, passent par des phases d'augment, d'état stationnaire, de déclin; mais elle se rapproche des affections constitutionnelles dues à un trouble de la nutrition, scrofule, phthisie, etc. Il résulte aussi que, dans quelques conditions que ce soit, la syphilis a d'autant plus de ehances de récidive qu'il faut moins d'injections pour faire disparaître les manifestations secondaires. Quand celles-ci disparaissent rapidement, l'état général n'est pas suffisamment modifié, et les rechutes sont à redouter.

Injections préventives. Les injections préventives ont, comme avec les autres traitements, reculé l'apparition des accidents secondaires; de plus, elles ont atténué leur intensité, à part un cas. 3 sujets sur 11 n'ont pas été revus, mais on ne peut en inférer qu'ils aient été indemnes d'accidents consécutifs.

Les avantages de la méthode hypodermique, comparée aux autres méthodes, nous paraissent incontestables. 1° Elle est d'une application facile; des personnes étrangères à la médecine, le malade lui-même, peuvent, avec qnelques conseils du médecin, faire des injections sur des endroits variés du corps. 2° Elle met à l'abri des accidents locaux, que les autres méthodes hypodermiques n'ont pu jusqu'ici éviter, même la méthode de Lewin (abcès, eschares, ulcères, indurations sous-cutanées). 3° Elle permet d'éviter

presque sûrement la salivation; c'est là surtout ce qui la rend supérieure à la méthode des frictions, méthode que je considère comme étant elle-même bien supérieure sous tous les autres rapports aux autres employées jusqu'ici. Le procédé de Lewin, donnant 37 pour 100 de stomatite, n'a pas non plus l'avantage du sublimé à petite dose, au point de vue de cet accident. 4° Elle est d'une efficacité des plus grandes contre les manifestations secondaires, peut-être aussi contre les accidents tertiaires, car jusqu'ici aucune forme de syphilis ne s'est montrée réfractaire au traitement. 5° Élle ne trouble aucune des grandes fonctions de l'économie, et en particulier la fonction de digestion; elle semble au contraire favoriser leur activité. 6° L'efficacité de la méthode, que les malades des hôpitaux ne manquent pas de remarquer chez les sujets en traitement, est une cause des plus puissantes pour les retenir pendant tout le temps voulu pour la guérison. Tandis que, pour les individus traités par le protoiodure, on compte 60 pour 100 d'améliorés à la sortie, pour les sujets mis aux injections on n'en compte que 35 pour 100. 7° Elle paraît moins exposer aux récidives que les autres méthodes, c'est du moins ce qu'indique le chiffre de 7 pour 100. J'ajouterai que depuis six mois écoulés depuis ma statistique, quatre malades seulement, notés guéris à la sortie, ont eu des rechutes. Sous ce rapport, elle me paraît être notablement supérieure à celle de Lewin, qui a eu 25 pour 100 de récidive, mais elle est bien supérieure au traitement par le protoiodure et la liqueur de Van Swiéten. 8° Les récidives sont, en règle très-générale, d'une bénignité remarquable et réclament pour leur guérison un petit nombre d'injections. Il n'est pas rare au contraire, pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, de voir des récidives aussi graves que les premières manifestations. 11° Elle permet plus que les autres de pallier à des accidents pressants, en faisant 4, 6 injections successives, dans les cas, par exemple, d'iritis graves, de plaques muqueuses du larynx.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Panas présente un malade portant un enchondrome du 2ᵉ métacarpien, et demande l'avis de ses collègues sur le parti à prendre. MM. Demarquay, Després, Verneuil et Le Fort pensent que l'on peut tenter l'ablation de la tumeur avec l'os sur lequel elle repose. Il faut prévenir le malade que l'amputation des 2ᵉ et 3ᵉ métacarpiens avec

les doigts correspondants pourra être faite séance tenante, car c'est le parti que vraisemblablement le chirurgien sera obligé de prendre pendant l'opération.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 9 JUIN 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements, par le docteur Guéniot. Thèse de concours pour l'agrégation en accouchements. — Remercîments.

La Cochinchine géographique et médicale, par le docteur Jules Gimelle. — *Disjonction de l'os molaire, avec semi-luxation en arrière; paralysie du nerf sous-orbitaire, etc. Guérison*, par le docteur Sonrier. *Étude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête*, par M. Larrey, extrait des *Mémoires de la Société de chirurgie* (tome VII). — Remercîments.

Mme veuve Foucher offre à la Société l'ouvrage de notre regretté collègue E. Foucher : *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales* (tome Ier, 1re et 2e parties). — Des remercîments seront adressés à Mme Foucher.

COMMUNICATION

M. LIÉGEOIS termine sa communication sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure :

Les seules objections qu'on puisse faire à la méthode hypoder-

mique telle que je l'emploie, c'est qu'elle donne lieu à un peu de douleur au niveau du point injecté et qu'elle réclame pour guérir une moyenne de 37 jours. Mais pour la douleur, quand elle existe, elle est très-supportable et s'atténue de plus en plus. 8 sujets seulement se sont refusés à l'emploi des injections pour cette cause; le nombre de sujets qui se refusent aux pilules de protoiodure ou à la liqueur est, sans contredit, infiniment plus considérable. Quant au temps nécessité pour la guérison, s'il est plus faible que pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, il est plus long que celui de Lewin, qui ne réclame que 15 à 20 jours. Mais l'inconvénient de la durée du traitement est largement compensé par les plus grandes chances de guérison durable.

J'ai laissé de côté à dessein un des avantages de la méthode hypodermique, parce que celui-ci va servir de base à la partie en quelque sorte physiologique de mon sujet. Aucun traitement, ni tonique, ni mercuriel, n'intervient aussi efficacement que les injections hypodermiques de sublimé à petite dose sur l'état de la nutrition chez les sujets syphilitiques.

Frappé de l'embonpoint qu'ils présentaient, j'ai eu l'idée de peser à leur entrée et à leur sortie un certain nombre de malades mis aux injections; après quoi j'ai pesé, pour avoir des termes de comparaison, des sujets mis à d'autres traitements.

Les poids que je vais donner sont des moyennes prises sur la défalcation générale des pertes et des gains, et rapportées à un sujet.

Inutile de dire que toutes les précautions ont été prises pour que les malades se présentassent à la balance toujours avec le même vêtement, qui, dans la généralité des cas, consistait en leur simple chemise :

1 sujet non syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital gagne 542 grammes (nombre de sujets pesés, 16).

1 sujet syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital perd 1,100 grammes (nombre de sujets pesés, 3).

1 sujet syphilitique traité par les toniques seuls a gagné 674 gr. (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par les injections de sublimé seules a gagné 1,255 grammes (nombre de sujets pesés, 74).

1 sujet traité par les injections de sublimé et les toniques a gagné 2,037 gr. (nombre de sujets pesés, 13).

1 sujet traité par la liqueur de Van Swieten a gagné 640 gr. (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par le protoiodure de mercure a perdu 362 gr. (nombre de sujets pesés, 17).

On voit donc par ce tableau l'énorme différence qu'il y a dans l'augmentation de poids des sujets syphilitiques soumis aux injections de sublimé à petites doses et comparés à ceux mis aux toniques, à la liqueur, au protoiodure. C'est là assurément un avantage dont on doit tenir grand compte dans l'application des divers moyens employés contre la syphilis, surtout quand il s'unit à celui d'augmenter rapidement les forces et d'activer toutes les fonctions de l'organisme. Un certain nombre d'auteurs ont déjà signalé l'influence reconstituante du mercure chez certains sujets syphilitiques, mais ces auteurs étaient portés à croire que, dans ces cas, le mercure ne relevait les forces de l'organisme, n'augmentait l'embonpoint, que parce qu'il agissait sur le virus syphilitique, cause des désordres nutritifs et fonctionnels. La syphilis étant guérie, l'activité de la nutrition augmentait.

Afin de juger cette question, j'ai fait des injections de sublimé à petites doses sur l'homme et sur l'animal sains. 4 sujets porteurs de chancres mous ont été mis aux injections avec notre dose habituelle de deutochlorure. En moyenne, le sujet a gagné 3662 grammes, chiffre bien supérieur à celui de 1255 grammes, poids moyen d'un sujet syphilitique mis aux injections, même bien supérieur à celui de 2037, poids moyen d'un sujet mis aux injections et aux toniques.

Deux lapins, ayant acquis leur développement complet, ont reçu chaque jour une injection contenant 1 milligramme de sublimé, depuis le 17 février jusqu'au 9 avril. L'un de ces lapins a gagné 650 grammes, l'autre 1000 grammes. Du 9 avril au 3 juin, les injections sont continuées; le premier n'a ni gagné ni perdu; le second a encore gagné 150 grammes.

Une lapine a été mise aux injections de 1 milligramme, depuis le 23 juin jusqu'au 10 août. On s'aperçut, dans l'intervalle, qu'elle était pleine; elle met bas, avant le 10 août, 6 petits bien portants. Malgré la gestation, elle avait gagné 220 grammes le 10 août.

Un lapin de cette portée, en voie d'accroissement, a été mis aux injections de 1 gramme chaque jour, du 10 décembre au 1er novembre. Pendant ce temps il a augmenté de 650 grammes. Un autre lapin de la même portée n'a pas été mis pendant le même temps aux injections, et a été pesé à la même époque que le précédent; ce second n'avait augmenté que de 550 grammes : différence, 100 grammes par rapport à l'autre.

Sur un autre lapin, au lieu d'injecter 1 milligramme de sublimé,

j'en ai injecté 2 milligrammes , depuis le 2 août jusqu'au 2 juillet; ce lapin a perdu 750 grammes pendant ce temps. Le 28 juin, il était d'une faiblesse extrême; c'est à ce moment qu'il a été pesé. Le 2 juin, il est trouvé mort.

Enfin, j'ai voulu savoir quelle dose de sublimé était nécessaire pour tuer un lapin avec la solution que j'employais habituellement; cette dose a été de 25 centigrammes pour 90 grammes d'eau.

On voit donc, d'après ces expériences, que le sublimé, et probablement tous les sels mercuriels, peuvent agir sur l'organisme sain de trois façons, suivant les doses données ; à petite dose, le mercure est reconstituant ; à dose plus forte, il débilite : à dose plus forte encore, il est toxique. Or, si à petite dose il est reconstituant, chez les sujets sains comme chez les sujets syphilisés, il est bien certain que chez ces derniers l'activité du travail d'assimilation nutritive n'est pas une conséquence de la guérison de la syphilis, mais bien le résultat d'une action particulière du sel mercuriel sur la propriété de nutrition.

L'augmentation des phénomènes nutritifs étant constatée, je dois me demander de quelle valeur pouvait être cet élément dans l'action curative du sublimé chez les syphilitiques. Le tableau que je présente à la société permet de constater qu'en général les malades sortis guéris ont augmenté de poids, rarement ils ont diminué ; il est donc probable que la suractivité du travail d'assimilation nutritive, cause de cette augmentation de poids, joue un rôle très-important dans la guérison de la syphilis. Mais, comme d'un autre côté on voit dans ce tableau que des malades sont sortis seulement améliorés quoiqu'ils aient reçu autant d'injections que beaucoup d'autres sortis guéris ; comme on voit, d'autre part, que quelques malades sont sortis guéris quoiqu'ils aient diminué de poids; comme on voit enfin des malades qui ont eu des récidives malgré une augmentation de poids assez notable, il est bien évident que là n'est pas tout entière la question. Du reste, tous les malades guéris et n'ayant pas eu de récidive auraient-ils augmenté de poids, qu'il serait impossible avec cette seule donnée de formuler une théorie, quelle qu'elle soit, de l'action curative du sublimé à petite dose dans le traitement de la syphilis.

Je me suis demandé dès lors si, portant mon attention sur le second facteur de la nutrition, la désassimilation, je n'arriverais point à quelques résultats plus instructifs. Sur ma demande, M. Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, a bien voulu, chez quatre sujets syphilitiques soumis aux injections du sublimé, se livrer

pendant le traitement à l'analyse des urines. Chaque jour il a pesé les urines de vingt-quatre heures, s'est assuré de leur densité, a recherché la quantité de matières solides et d'urée qu'elles contenaient. De plus, les malades ont été pesés chaque huit ou dix jours. Or, les tracés graphiques que je présente démontrent que la quantité d'eau a été notablement augmentée, ainsi que la densité, ainsi que les matières solides. L'urée seule a présenté de grandes oscillations en hausse et en baisse pendant le traitement. On voit encore que la quantité des matières solides s'est accrue aussi bien quand les malades augmentaient de poids que quand à un certain moment ils diminuaient. Parmi ces quatre malades, il en est un chez lequel l'eau, la densité, les matières solides, sont représentées par des chiffres plus faibles que les autres ; or, fait remarquable, celui-là a récidivé, et les autres non. Ainsi donc en même temps que, sous l'influence du sublimé à petites doses, le travail de nutrition est activé, le travail de dénutrition l'est aussi, dans des proportions cependant moins considérables que le premier, puisque l'individu augmente en poids. N'est-on pas dès lors en droit de penser que, le mercure favorisant l'apport de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens opère une rénovation relativement rapide des principes immédiats du sang des tissus, et que c'est à cette rénovation qu'est due la disparition de l'état morbide constitutionnel de la syphilis ? Dans cette manière de voir, la syphilis ne peut, par conséquent, être considérée à juste titre comme un trouble survenu dans le travail nutritif sous l'influence de la pénétration d'une matière virulente dans l'organisme, trouble qui va jusqu'à l'aberration en donnant naissance à des productions hypergénétiques. Mais si le sublimé à petite dose active les phénomènes nutritifs et généraux à l'avantage du phénomène d'assimilation, il n'agit pas d'une façon semblable sur toutes les parties de l'organisme syphilisé ; ce rapport est renversé pour les tissus morbides qui représentent les manifestations apparentes de la syphilis. Ainsi que je l'ai dit, en effet, sous l'influence seule du sublimé, introduit sous la peau d'une partie quelconque du corps, ces productions nouvelles disparaissent ; le travail de désassimilation chez elles l'emporte par conséquent sur le travail d'assimilation. J'ai pu, de plus, m'assurer que des injections de sublimé, poussées sous des plaques muqueuses, faisaient disparaître ces plaques en quelques jours. Enfin, j'ai suivi presque pas à pas la régression des éléments nucléaires ou cellulaires embryoplastiques dans les plaques muqueuses et dans les syphilides cornées jusqu'à

la disparition complète de ces éléments. Il est à remarquer toutefois que ces deux modalités de la nutrition, différentes dans les tissus en apparence sains, et dans les tissus hyperplastiques, ne marchent pas toujours de front et n'aboutissent pas toujours au même instant à leur résultat curatif, sous l'influence du sublimé à petites doses. Ainsi, souvent les manifestations secondaires disparaissent rapidement, alors que l'état général constutionnel n'est pas encore suffisamment modifié pour mettre à l'abri des rechutes, si le traitement est discontinué. C'est là ce qui explique ce fait, que l'on peut ériger en loi, que plus les manifestations secondaires de la syphilis guérissent vite, plus les récidives sont imminentes.

Nous avons à nous demander maintenant pourquoi le traitement par le protoidure de mercure, par la liqueur de Van Swieten, n'a pas la même efficacité que le traitement par les injections de sublimé à petite dose ; pourquoi aussi les toniques, qui sont des reconstituants, n'ont pas non plus les mêmes avantages. Pour le protoidure et la liqueur, le poison me paraît résider dans la dose énorme de médicament que l'on fait pénétrer dans l'organisme. Faisons remarquer que 14 centigrammes de sublimé constituent la moyenne des doses qui, par mon procédé, suffisent à la guérison, tandis qu'un sujet qui prend pendant trois mois deux pilules de protoiodure de mercure, contenant chacune 5 centigrammes, ingère 9 grammes de protoiodure. Dans le même espace de temps, un sujet qui prend deux cuillerées de liqueur Van Swieten par jour (chaque cuiller contenant 1 centigramme de sublimé) ingère de 1 gramme 80 centigrammes de sublimé. Or, ces fortes doses de substance, par rapport à celle que j'emploie avec le sublimé, altérant la constitution du sang, sont sans doute la cause pour laquelle le travail d'assimilation au moins est diminué ; et nous avons vu que ce travail était d'une grande importance pour la rénovation moléculaire, de laquelle paraît dépendre la guérison de la syphilis.

Ce qui vient surtout à l'appui de cette opinion, c'est que la liqueur de Van Swieten, donnée à plus petite dose que le protoiodure, d'après un grand nombre de praticiens, a une efficacité supérieure à cette dernière médication, quoique cependant elle trouble davantage les fonctions digestives ; or nous avons vu que les malades mis au sublimé, en général, engraissaient, tandis que les malades mis au protoiodure diminuaient de poids.

Pour les toniques, si l'on n'avait égard qu'aux effets reconstituants généraux du sublimé à petites doses, on pourrait ranger le mercure dans la même classe de médicaments que ceux-ci. Mais au point

de vue de leur mode d'action sur l'organisme syphilisé, ils paraissent différer radicalement.

Les toniques, en effet (amers, quinquina, fer), semblent n'agir qu'en augmentant l'activité des fonctions digestives; de là une restitution au sang et aux tissus de matériaux nouveaux réparateurs, qui concourent par conséquent à activer l'énergie des actes nutritifs. Le sublimé à petite dose, au contraire, ne paraît avoir d'action qu'en augmentant par sa présence l'activité nutritive des tissus; c'est du moins ce que paraît démontrer l'injection hypodermique faite au-dessous des plaques muqueuses ; c'est ce que démontre aussi la rapidité de la guérison de celles-ci sous l'influence du badigeonnage avec une solution faible de sublimé. Si cette idée, la seule qui, d'après ces observations, puisse venir à l'esprit, est juste, elle appuie les idées de Virchow sur l'irritabilité nutritive que j'ai combattue dans mon livre de physiologie, parce qu'elle me paraissait reposer sur des expériences fort discutables. Si différent que soit ce mode d'action du sublimé à petite dose et des toniques, il n'en est pas moins vrai que les uns et les autres agissent sur la propriété de nutrition; seulement les degrés d'action sont différents, et ce qui le prouve, c'est l'embonpoint plus considérable des sujets sous l'influence des injections; c'est aussi que les toniques ne guérissent jamais les manifestations secondaires de la syphilis, à moins que l'intervention d'un traitement local fasse disparaître préalablement celles-ci, véritables foyers d'infection pour l'organisme, tant qu'elles subsistent. Quand les accidents secondaires ont disparu avec un traitement local approprié, seulement alors les toniques peuvent, par leur action indirecte sur le travail nutritif, activer suffisamment celui-ci pour guérir la syphilis, mais toujours au prix d'un traitement de longue durée.

Si le sublimé injecté sous la peau à petite dose n'agit que sur la propriété nutritive des tissus, on comprend le vaste champ d'application dont est susceptible la méthode que j'applique aujourd'hui au traitement de la syphilis. Mais là où surtout elle me paraît devoir être d'une grande utilité, c'est dans les affections cutanées indépendantes de la sypbilis ; déjà j'ai traité avec le plus grand succès, par cette méthode, trois sujets atteints d'affections cutanées qui avaient été rebelles à d'autres traitements (sycoses de la lèvre et du menton, eczéma et ectyma généralisés), et ces trois sujets ont guéri avec un nombre assez limité d'injections.

Pour terminer, je dirai que si j'ai affecté dans mon langage une certaine assurance à propos des nombreux problèmes que soulève la syphilis étudiée par les injections hypodermiques, c'est que tous

mes résultats sont déduits de l'observation, en dehors de toute idée théorique préconçue. Toutefois, si puissantes que soient pour la valeur d'un sujet scientifique l'observation et l'expérience, on ne peut jamais être sûr d'être à l'abri de l'erreur, quand surtout il s'agit de questions subordonnées à autant de conditions que celle que j'ai abordée. Je reconnais, de plus, que le nombre de mes observations n'est considérable qu'en apparence, et je fais les vœux les plus grands pour qu'elles se multiplient dans d'autres mains que les miennes, prêt à abandonner mes vues si elles me sont démontrées inexactes.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LÉON LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une malade que j'ai examinée avec mon collègue et ami M. Tillaux. Il s'agit d'une femme qui porte à la partie supérieure, antérieure et droite du crâne, une tumeur volumineuse, bilobée, non réductible, non pulsatile, fluctuante dans une partie de son étendue, et offrant, au niveau de la base de son plus grand lobe, des parois très-résistantes.

Cette malade a été examinée déjà par un grand nombre de chirurgiens français et des chirurgiens étrangers. L'avis à peu près unanime n'a pas été favorable à l'idée d'une intervention chirurgicale.

M. Tillaux et moi, nous avons posé le diagnostic entre deux espèces de tumeurs : 1° vastes kystes sébacés avec dégénérescence des parois ; 2° tumeur fibro-plastique ayant pris naissance aux dépens du périoste du crâne. Nous avons tous les deux une grande tendance à rejeter l'existence d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, et nous désirons avoir l'opinion de nos confrères relativement à la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Catherine K..., 61 ans, boulangère (Moselle), entre le 1er juin.

Elle présente, sur la partie droite et supérieure de la tête, une énorme tumeur pour laquelle elle vient demander les soins des médecins de Paris. Cette femme, qui semble jouir d'une robuste constitution et n'a jamais fait de maladie en dehors de son affection actuelle, présente encore un embonpoint et une coloration de la peau qui dénotent un tempérament sanguin avec intégrité complète de la santé générale. Le début de la tumeur remonte, d'après la malade, à vingt ans. Elle se serait, à cette époque, heurté la tête contre une porte ; et ce choc, sans produire de solution de continuité, aurait

été suivi de douleurs pendant une période de trois semaines environ. Ce n'est qu'un an après ce choc que la tumeur a commencé à paraître, grosse d'abord comme un pois, puis, trois ans après, comme une noisette. C'est à cette époque qu'un médecin rappelle à la malade qu'elle avait dû recevoir un coup sur la tête.

La tumeur, à son début, était située à peu près au niveau de la suture temporo-fronto-pariétale. Complétement immobile sur les parties profondes, mobile sous la peau, cette tumeur s'est développée progessivement et lentement, de manière à acquérir, il y a dix ans, le volume d'une noix; il y a cinq ans, celui d'une petite pomme. Il y a quatre ans, la malade pouvait l'embrasser et la couvrir avec le creux de la main. Il y a trois ans que la progression est beaucoup plus rapide. La tumeur principale a rapidement pris, depuis lors, le volume des deux poings, et un prolongement a paru à sa partie interne, augmentant de beaucoup encore le volume total. Pendant toute cette période de développement de la tumeur pas plus qu'avant son apparition, la malade n'éprouva de douleur d'aucune sorte, ni de troubles cérébraux, ni chutes, ni éblouissements, ni bruits anormaux de l'ouïe, ni troubles visuels, ni paralysies ; en un mot, la santé générale n'a jamais souffert de la présence de la tumeur.

Examen de la tumeur. — Située au niveau de la partie droite de la tête, immédiatement en arrière du front, et recouvrant toute la fosse temporale. Limité en bas par l'oreille, l'arcade zygomatique, l'os malaire, le contour de la tumeur passe en dehors du rebord orbitaire externe, pour s'étendre sur une très-petite portion du front, en haut et à droite; de là, il se recourbe en arrière, en passant à trois travers de doigt de la ligne médiane, atteint la suture-fronto-pariétale et redescend au niveau de l'oreille.

La forme de la tumeur est celle de deux lobes assez irrégulièrement arrondis. Le lobe interne, le plus récent, est implanté sur le lobe primitif, dont il dépasse très-peu la circonférence du côté externe. Ce lobe secondaire, très-régulièrement arrondi, date de trois ans. Il présente un pédicule d'un diamètre un peu inférieur à celui de la tumeur. Le lobe primitif est au contraire plus large à sa base. La surface des deux lobes est recouverte par de la peau saine, tendue, sous laquelle rampent des vaisseaux veineux assez volumineux, mais en nombre restreint; des battements indiquent la présence d'une artère située à la partie antérieure de la tumeur principale. Diamètre : à la base de la tumeur antéro-postérieure, 9 centimètres;

transversal, 12 centimètres. Circonférence à la base, 36 centimètres. Les diamètres de la tumeur secondaire sont de 6 centimètres.

La palpation de la tumeur donne une sensation de mollesse de toutes les parties proéminentes, avec une couronne très-dure, résistante, entourant la base. Cette couronne, limitée par un rebord net du côté de la tumeur, se continue insensiblement avec la surfac osseuse du crâne, à la périphérie; à partir de la circonférence, elle s'élève en plan incliné jusqu'à son rebord interne. La base du petit lobe interne ne présente pas une base aussi indurée.

Les battements qu'on perçoit sur la tumeur se trouvent le long d'une ligne oblique située à la partie antérieure et dans une largeur correspondant à une artère d'un petit volume. On ne perçoit pas d'expansion de la tumeur, qui, de même, est complétement irréductible. On entend, par l'auscultation immédiate, un très-léger bruit de souffle simple qui se renforce à mesure qu'on se rapproche de l'artère dont on a perçu les battements.

Dilatations des veines coronaires des paupières, du côté droit, se continuant avec les dilatations superficielles des veines de la tumeur.

La tumeur est d'ailleurs complétement indolore. La malade, dont la santé n'a jamais subi aucune atteinte, n'a pas même éprouvé de troubles visuels, malgré le voisinage qu'affecte avec l'œil droit la tumeur et les varicocités des paupières qu'a produites sa présence.

M. MARJOLIN. Quelques-uns de nos collègues peuvent se rappeler avoir vu, il y a quelque vingt-cinq ans, à la clinique de Lisfranc, une jeune fille de 16 à 18 ans, portant une tumeur tout à fait analogue à celle que porte la malade de M. Labbé. Dieffembach et mon père, qui avaient été consultés d'abord, avaient émis l'opinion qu'il fallait s'abstenir de toute opération; car, malgré une mobilité plus apparente que réelle, il leur semblait que la tumeur devait avoir son point de départ dans le crâne. Lisfranc s'abstint également de toute opération ; la malade succomba à des accidents de compression cérébrale. La tumeur était constituée par un cancer venant des méninges.

Il y a ici une artère volumineuse à la base de la tumeur, qui sans doute n'arrêterait pas, par crainte d'hémorrhagie, mais qui témoigne de la vascularité de toute cette masse. En haut on sent comme une coque osseuse qui se continue avec la boîte crânienne, ce qui n'existe pas en bas ; il semble que cette tumeur ayant une origine profonde soit venue faire hernie à travers la boîte osseuse.

M. GUÉRIN. Je crois qu'il y aurait la plus grande imprudence à

intervenir dans un cas pareil ; si on se décidait à une opération, je serais peu étonné d'apprendre que le bistouri a conduit l'opérateur jusqu'au cerveau ou du moins jusqu'à ses enveloppes. La longue durée de la maladie ne préjuge rien ici sur sa nature ; il est des tumeurs de la dure-mère qui mettent quinze ou vingt ans à arriver à un volume considérable. Dans un cas où j'ai cru pouvoir opérer par suite de l'absence de paralysie, de symptômes cérébraux, j'arrivai cependant sur une ouverture de la boîte cranienne. J'avais affaire à une tumeur de la dure-mère.

M. LARREY. Un diagnostic précis me paraît difficile à formuler. La vascularisation des parties qui avoisinent la tumeur, et de la tumeur elle-même, me porterait à la ranger dans la classe des fongus hématodes décrits par Wardrop et par Warren. Mais au point de vue du traitement, je crois qu'il n'y a lieu de tenter aucune opération.

M. TRÉLAT. Le développement considérable des veines qui, pour la plupart des plus importantes, sont sous la dépendance de l'ophthalmique, ne me paraît pouvoir être expliqué que par une compression à l'intérieur du crâne ou de l'orbite ; aussi je ne crois guère qu'on puisse attribuer à la tumeur un caractère d'extériorité, je suppose qu'elle prend naissance dans des kystes sébacés. Cette opinion, qui peut surgir à l'instant où on voit la tumeur pour la première fois, cède à un examen même rapide.

M. VERNEUIL. J'ai observé une malade, âgée de 25 ans, portant une tumeur analogue, mais ulcérée à sa surface ; c'était une tumeur fibro-plastique nucléaire, un sarcome, c'est-à-dire une de ces tumeurs qui peuvent persister longtemps sans entraîner d'accidents mortels. Comme mes collègues, je crois qu'il faut s'abstenir de toute intervention.

M. LABBÉ. La tumeur, observée avec le plus grand soin, ne nous a pas donné de bruit de souffle ; quant à cette coque osseuse dont parle M. Marjolin, je crois qu'on peut l'attribuer à des jetées ossiformes naissant du périoste. Notre dessein, à M. Tillaux et à moi, était, non pas d'intervenir par une opération, mais de tenter une ponction exploratrice avec un trocart capillaire dans la plus petite des tumeurs.

MM. DEMARQUAY et VERNEUIL croient que cette tentative doit être abandonnée comme aussi dangereuse par ses suites que l'opération elle-même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrêt du testicule droit dans le canal inguinal, où il reste fixé par une bride épiploïque derrière laquelle une anse intestinale est venue s'étrangler, d'où péritonite et mort. — M. DEMARQUAY. Le 2 juin, un enfant de 15 ans est entré dans mon service avec une péritonite des plus évidentes. Il raconte que quinze jours avant son entrée il fit une chute à la suite de laquelle il éprouva de vives douleurs dans le ventre. Il fallut le reporter chez lui. Depuis ce moment il ne cessa de souffrir. Des sangsues furent appliquées au niveau du canal inguinal droit. Au moment de son entrée nous avons constaté un grand ballonnement du ventre, des vomissements verdâtres et la continuité des garderobes, la face grippée, et le pouls petit, fréquent et filiforme. Au-dessus du pli de l'aine droite, il existe une petite tumeur formée par un corps arrêté dans le canal inguinal. Cette tumeur a le volume d'un œuf, elle n'est point douloureuse à la pression; la péritonite est évidente, mais le parcours de l'intestin est libre.

Je me demande quelle a pu être la cause de cette péritonite. La mort, qui arrive au bout de quarante-huit heures, nous permet de constater : 1° que le testicule droit atrophié est arrêté dans le canal inguinal du même côté, et que là il est entouré par une espèce de membrane séreuse de nouvelle formation.

2° Le testicule est fixé dans le canal inguinal par une bride épiploïque qui ferme en même temps l'orifice supérieur du canal.

3° Entre cette bride épiploïque et la paroi antérieure de l'abdomen, une anse intestinale a été pincée dans une faible partie de son étendue. C'est le pincement de l'intestin qui à la longue a amené la péritonite généralisée, à laquelle notre petit malade a succombé.

4° Le pincement de l'intestin ne s'opposant point au parcours des matières intestinales et des gaz, de sorte que si contre toute raison on avait fait ici la gastrotomie, l'on n'aurait point évité la péritonite et l'on n'aurait point eu pour se guider le développement des anses intestinales situées au-dessus de la poche pincée, puisque le pincement de l'intestin ne s'opposait point dans le cas particulier au parcours des gaz. A ce sujet, M. Demarquay fait observer que la vacuité de l'intestin au-dessous de la portion pincée de l'intestin n'est point un signe certain, attendu que les gaz intestinaux sont formés dans tout le parcours de l'intestin, et que, dans un cas particulier, il lui

est arrivé, dans un cas d'étranglement interne situé assez haut sur le parcours de l'intestin, d'ouvrir une anse d'intestin très-distendue et située bien loin de l'étranglement.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 16 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, leurs conséquences et leur traitement,* thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur Paul Horteloup.

— *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse,* brochure par le docteur Bateil, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

— M. le docteur Gadaud, ancien interne des hôpitaux, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur le Nystagmus.*

— M. Trélat offre à la Société : 1° *De la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires;* — 2° *De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du cœur,* par MM. Trélat et Monod.

— M. Christôt adresse un travail intitulé : *Tétanos traumatique et névrotomie.* Renvoyé à MM. Tillaux, Desprès et Cruveilhier.

— M. Achille Bonnes envoie une observation de *Polype naso-pharyngien opéré par un nouveau procédé.* — Renvoyé à M. Houel,

Discussion sur le traitement de la syphilis.

(SUITE.)

M. DESPRÉS. M. Liégeois vous a entretenus d'une méthode de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé, méthode appliquée par MM. Scarenzio et Lewin. Il nous a soumis une statistique et des chiffres. Depuis deux ans, j'attendais une statistique; elle se présente, je m'y attache avec d'autant plus de plaisir que je l'ai longtemps attendue.

La méthode des injections sous-cutanées était prévue du jour où l'on a mis en usage la méthode hypodermique pour l'introduction des médicaments dans l'économie. C'est encore un nouveau mode de traitement par le mercure qui vient apporter la confusion dans la thérapeutique de la syphilis par les mercuriaux.

Je laisse de côté les statistiques de MM. Lewin et Scarenzio; il y a des diagnostics dont je ne suis pas sûr. Je me borne à examiner la statistique française, celle de M. Liégeois. Notre collègue diagnostique comme nous. D'ailleurs, il n'y a pas de pays où l'on connaisse mieux la syphilis qu'en France, pas de ville où on l'étudie mieux qu'à Paris et à Lyon. La statistique française suffit.

Je vais examiner rapidement devant vous la statistique de M. Liégeois, les effets des injections, et, comme réponse principale aux propositions de notre collègue, je donnerai ma statistique de l'hôpital de Lourcine, que je préparais au moment où cette discussion vient d'être commencée.

L'hôpital du Midi, messieurs, nous a déjà fourni des surprises, des événements inattendus, et je me souviens encore de l'enthousiasme de M. Panas pour les frictions mercurielles, qui lui paraissaient, à cet hôpital, d'un si heureux effet.

M. Liégeois nous a dit qu'il avait obtenu des résultats magnifiques des injections de sublimé pendant l'année 1868-1869. Du 15 janvier 1868 au 15 janvier 1869, il y a eu 127 malades guéris, sur lesquels 9 récidives seulement ont été observées (je prends la statistique dans ce qu'elle a de plus favorable). M. Liégeois a donné des chiffres de récidive plus élevés dans la dernière séance; je me contente de la statistique la plus favorable. C'est à l'aide d'une moyenne de 66 injections de 0 gr. 002 de sublimé qu'il a guéri ses malades.

Et d'abord, qu'a guéri M. Liégeois? Des malades que M. Panas a dit avoir guéris par une moyenne de 19 frictions mercurielles, ce qui, entre parenthèse, était bien plus prompt. Or, ce que M. Panas avait

guéri, c'étaient des plaques muqueuses, des chancres qui, par de simples cautérisations, guérissent en quinze jours ou trois semaines. C'étaient encore des syphilides papuleuses légères qui arrivent presque en même temps que des plaques muqueuses et guérissent presque aussi vite. Je ne parle pas des syphilides cornées auxquelles M. Liégeois a fait allusion et qu'il a décrites dans sa seconde communication; j'ai compris qu'il s'agissait de croûtes sur des plaques muqueuses de la peau, et ces lésions guérissent assez vite seules, à l'aide de quelques topiques légèrement caustiques. J'ai fait le service à l'hôpital du Midi, lorsque j'étais au bureau central; je connais le genre de malades qui sont reçus au Midi. Des chancres douteux, des plaques muqueuses de l'anus et de la gorge, des syphilides papuleuses légères, voilà le gros des malades, et toutes ces lésions guérissent en peu de temps. Il y a des cas rebelles; M. Liégeois en a eu, nous allons les retrouver tout à l'heure. M. Liégeois vient de vous présenter un malade qu'il trouve déjà amélioré par les injections et qu'il compte guérir vite. C'est un cas de syphilide squammeuse psoriasiforme qui vient d'être traitée pendant 4 mois à Saint-Louis par du sirop de Gibert. L'éruption est encore dans sa période d'état. Abandonnées à elles-mêmes, ces éruptions durent 6 mois si l'on a soin de donner de fréquents bains au malade et si l'on touche avec la teinture d'iode les plaques qui sont sur le visage. Traitées par les mercuriaux, les rougeurs pâlissent, mais la désquamation persiste, et le mal dure plus longtemps que si on l'avait abandonné à lui-même. M. Liégeois peut traiter ce malade par les injections, le mal a déjà 4 mois de durée; encore 2 à 3 mois sont nécessaires à la guérison, sauf une récidive imminente. J'attends que M. Liégeois présente ce malade dans 2 mois. Il verra alors où en sera son malade après une vicissitude d'injections de sublimé et de repos; je lui prédis que la syphilide offrira encore de la désquamation, et qu'elle ne sera pas guérie.

Pour ce qui est des chiffres de la statistique de M. Liégeois en eux-mêmes et que j'accepte, je dis que sa statistique donne 9 récidives sur 127 malades déclarés guéris. Vous verrez plus loin que cette proportion est un peu moins bonne que la mienne (il est toujours question des récidives observées dans le service de M. Liégeois et des récidives observées dans mon service). Mais je vais plus loin. J'ai jeté sur la statistique de M. Liégeois un coup d'œil de contradicteur, et j'y ai trouvé deux chiffres qui ne m'avaient pas frappé en entendant sa communication. A côté de 9 récidives sur 127 malades guéris, j'ai vu 20 récidives sur 69 malades améliorés. J'appelle

votre attention sur ces chiffres; c'est là que se trouvent les cas défavorables à la méthode de traitement, car dans le nombre des améliorés il y a, M. Liégeois vous l'a dit, des malades qui ont reçu 100 et 110 injections de sublimé. Si je compare mes chiffres à ceux de M. Liégeois, vous allez voir une différence. Je compte mes récidives en bloc; je dis, sur 296 malades guéris ou améliorés ou non guéris traités par moi, j'ai eu dans mon service 27 récidives, ce qui me donne une proportion de récidives de 9.1 pour 100, tandis que si je réunis les malades guéris ou améliorés de M. Liégeois, j'arrive à un chiffre de 14.5 pour 100. Mais, messieurs, je n'en demande pas tant, l'égalité suffirait à ma démonstration.

M. Liégeois a dit avoir fait la comparaison entre le traitement tonique et le traitement par les injections. Il a traité, je crois, 9 malades par les toniques; est-ce un nombre suffisant ? Je n'en sais rien, et c'est pour cela que je place mes malades au nombre de 296 traités par les toniques en comparaison de ceux qu'il a traités par le mercure en injection. Si j'ai bien retenu ce que nous a exposé M. Liégeois, il nous a dit qu'il avait traité des malades par les toniques, et qu'ensuite, voyant que le mal ne faisait point de progrès, il avait eu recours aux injections. Cela ne s'appelle pas traiter des malades par les toniques. Puis il a ajouté qu'il avait traité les cas simples par les toniques et le protoiodure. Mais ne vient-il pas à l'esprit qu'il s'agissait de malades au début d'une poussée, et que si M. Liégeois avait persisté encore une semaine ou deux dans l'emploi des toniques, la guérison serait survenue seule, ainsi que je le vois chez mes malades de Lourcine ?

J'arrive à la question de l'embonpoint acquis par les malades traités par les injections de sublimé, et à cette proposition que le mercure donné à petite dose est tonique. Vous vous rappelez ce qui a été écrit sur ce tableau, les chiffres de l'embonpoint gagné par les malades soumis à divers traitements mercuriels; tous les malades gagnent quelque chose. Ceci a déjà été dit par M. Verneuil, et c'est, comme je le disais il y a deux ans, au régime de l'hôpital, qui est confortable eu égard à la nourriture de la population qui fréquente nos hôpitaux, et au repos, que l'on doit attribuer le meilleur état des malades après un séjour d'une semaine dans nos salles. Le mercure engraisser les malades ! cela est-il possible ? Est-ce que les ouvriers qui manient le mercure engraissent ? Les expériences de MM. Overbeck et Kusmaul, les leçons de M. Sée, qui ont établi que le mercure enlevait de l'albumine au sang, dénourrissait les organes et arrêtait les néoplasies, sont-elles devenues nulles ou n'étaient-elles

point l'expression de la vérité? Pour ma part, je suis tout à fait édifié sur ce point. Le mercure, quand il est absorbé, altère plus ou moins le sang et cause la salivation, ce qui n'est certes pas une condition pour engraisser.

Mais voyons ce que nous disent les chiffres de M. Liégeois. C'est ici que nous trouvons comment, en voulant trop prouver, on prouve le contraire de ce que l'on veut avancer.

16 malades ont été mis au simple régime de l'hôpital, 9 aux toniques, 74 aux injections de sublimé, 19 aux injections et aux toniques, 30 à la liqueur de Van Swieten; je prends trois groupes de chiffres.

Ces malades, soumis au régime tonique, ont gagné, du quinzième au trentième jour, 1,950 grammes, et du trentième au soixantième jour, 328 grammes.

Les malades soumis aux injections ont gagné, du quinzième au trentième jour, 508 grammes; du trentième au soixantième jour, 1,795 grammes.

Pour les malades soumis aux injections et aux toniques, il doit y avoir une combinaison de chiffres dans des proportions analogues. Il n'en est pourtant rien. Les malades soumis au régime tonique et aux injections de sublimé ont gagné dans le premier mois 1,446 gr., dans le second, 3,143 grammes. Si nous retranchons de ces nombres ce qui appartient aux injections seules, nous arrivons à trouver qu'il reste pour le régime tonique 938 grammes de gain pour la première période et 1,348 pour la seconde. Ce qui n'est ni les chiffres ni la proportion indiqués plus haut et attribués au régime tonique. Il y a, de toute évidence, des erreurs dans les expériences, puisqu'elles comportent des contradictions aussi visibles.

La liqueur de Van Swieten et le protoiodure sont traités par cette statistique d'une manière désespérante pour les partisans du mercure. Ces préparations font moins de bien aux malades que le régime ordinaire de l'hôpital. C'est un partisan du mercure qui vous le dit, constatez-le. Je n'ai pas même été aussi dur pour ces médicaments. Encore une nouvelle manière de donner le mercure qui traite les autres manières et les injections de sublimé en particulier comme la liqueur de Van Swieten vient d'être traitée, où en sera l'efficacité du mercure?

Un mot sur l'embonpoint donné par les injections aux lapins que nous a montrés M. Liégeois. D'abord, je ne les ai point trouvés si gras. Celui qui a été sacrifié devant nous n'était pas très-gras; il avait d'ailleurs dans le dos une ulcération large comme une pièce

de un franc, au point où avait été faite une injection de sublimé, et je ne sache pas que ce soit là une condition favorable à l'embonpoint. L'augmentation de poids du lapin a peu de valeur puisque nous ne savons pas s'il a été pris jeune ou vieux. Si le lapin était jeune, il était naturel qu'il augmentât de poids malgré les injections.

Les effets des injections de sublimé sont problématiques. Ce qu'il y a de plus certain, au moins pour ce que j'ai vu, c'est qu'elles causent des ulcérations. J'ai vu dans mon service deux malades que M. Liégeois avait soignées à Lourcine. Il leur avait fait 20 injections. Chez une malade, il y avait 11 ulcérations ou cicatrices d'ulcérations correspondant toutes à des injections. Ces malades avaient été traitées pour des plaques muqueuses, lesquelles avaient duré plus d'un mois, notons ce fait. Les plaques muqueuses cautérisées, chez les malades soumises au régime tonique, ne durent pas plus de 15 jours à 4 semaines, et je parle des cas les plus rebelles. Vous voyez quels effets ont eus les injections de sublimé dans ces deux cas. M. Hardy a mis en usage chez quelques malades les injections. J'ai vu une de ces malades. C'était une femme qui avait des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse assez confluente. En ville, elle avait pris des pilules de protoiodure pendant 6 semaines, et M. Hardy avait fait 14 injections. Il y avait des phlébites capillaires au niveau des piqûres et des ulcérations. Malgré cela, la malade avait encore des plaques muqueuses et sa syphilide papuleuse. Une des deux malades de M. Liégeois, traitée par 20 injections, avait pris ensuite des pilules de protoiodure pendant trois mois ; elle est venue deux fois dans mon service, toujours avec des plaques muqueuses.

Les injections de sublimé agissent-elles réellement comme M. Liégeois les a appliquées à l'hôpital du Midi à dose moitié moins forte que celle qu'il a employée à l'hôpital de Lourcine ? C'est ce que je vais discuter. Le sublimé est peu soluble dans l'eau, il l'est en faible proportion dans l'eau distillée parfaitement pure. Il précipite par les matières organiques. Est-on sûr d'en injecter toujours la même quantité ? D'autre part, puisqu'il y a des ulcérations dans certains cas sur le même individu, tandis qu'en d'autres cas l'injection n'en cause pas, ne peut-on pas inférer de là qu'il y a inégalité d'absorption pour les injections d'un jour à un autre ? D'ailleurs, puisque des injections plus faibles à l'hôpital du Midi causent moins d'ulcérations que n'en ont causé les injections plus fortes faites à l'hôpital de Lourcine, il faut en conclure que la dose du médicament est pour quelque chose dans le fait de l'ulcération. Pour moi, je pense que le sublimé est peu absorbé, qu'il ne fait pas plus que les autres prépa-

rations mercurielles lorsqu'il est absorbé, et que quand les malades ont absorbé un peu de mercure, quand ils n'ont pas d'ulcérations ni de salivation, ils en ont absorbé si peu que c'est comme s'ils n'en avaient pas absorbé.

M. Liégeois, au lieu de voir dans la syphilis une infection par un virus qui tend à s'éliminer seul, pense que la syphilis est une diathèse comme la scrofule; il pense neutraliser le mal par les injections. Mais il ajoute qu'il considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection, ceci ne me paraît pas logique. Neutralise-t-on des foyers d'infection, même par des injections de sublimé ? Ne vaut-il pas mieux ouvrir, inciser un foyer d'infection ? Cette dernière pratique, messieurs, on la réalise en cautérisant les lésions syphilitiques. Une surface d'élimination apparaît, elle sert à éliminer sous forme de croûtes, de squames ou de débris épidermiques, des parties contaminées. En cautérisant, on hâte l'élimination, on active le travail commencé. C'est ce que je compte obtenir en cautérisant les plaques muqueuses et les syphilides de la face et des mains. Je crois être logique eu égard à la manière dont j'envisage la syphilis, et ce serait être logique dans l'hypothèse même de M. Liégeois, si l'on considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection.

En résumé, les injections de sublimé ne me paraissent, d'après les faits, avoir aucun avantage sur les autres préparations mercurielles, si ce n'est qu'on donne à peine du mercure, et souvent pas du tout. Dans les cas les plus favorables, elles ne font rien de plus que le traitement tonique, uni à un scrupuleux traitement local des accidents; et, dans les cas graves, elles ne font ni plus ni moins que les autres traitements mercuriels, et pas plus que le traitement tonique.

Comme principal argument contre les injections sous-cutanées de sublimé, j'ai à donner la statistique des malades de mon service pendant l'année 1868-69.

Du 23 mai 1868 au 23 mai 1869, j'ai traité 296 malades syphilitiques. Des malades sont sorties du service pendant la même année, et c'est avec les pancartes des sortantes que je construis ma statistique. Sur ce nombre, 77 étaient des malades traitées antérieurement par le mercure, qui n'étaient pas guéries ou avaient des récidives. 27 malades avaient été antérieurement traitées dans mon service pendant un temps variable.

Les récidives de plaques muqueuses observées offraient ceci de particulier, que les malades dont les récidives étaient les plus éloignées et les plus multipliées étaient celles qui avaient été traitées

par le mercure. Il y avait eu des plaques muqueuses 3 ans, 2 ans et 15 mois auparavant. Plusieurs sortaient du service de M. Liégeois. Je n'ai point revu des anciennes malades traitées chez moi par les toniques. Je n'en ai point vu de 1865 et 1866, sauf deux malades dont je parlerai plus tard. Encore une vérification d'une de mes propositions de l'année dernière, que les traitements mercuriels font durer la période des plaques muqueuscs.

Les malades qui avaient pris du mercure en avaient pris, 3 pendant 3 ans, 2 ans ou 10 mois. 7 avaient été traitées pendant 6 mois. 41 avaient pris du mercure pendant 4 à 2 mois ; 27 pendant 1 mois et moins.

Les malades qui ont été traitées sans mercure et qui sont revenues avec des récidives avaient été traitées par les toniques : 1 pendant 6 mois, 1 pendant 5 mois, 1 pendant 4 mois, 10 pendant 3 mois, 5 pendant 2 mois, 3 pendant 1 mois, 6 pendant moins de 1 mois. Sur ce nombre, 9 malades avaient été antérieurement traitées par le mercure, et la récidive était l'éternelle plaque muqueuse.

Parmi mes malades, 145 sont sorties avec la mention : guérie, sur leur pancarte; 151 sont sorties sur leur demande ou sont parties non-guéries ou améliorées. Parmi les malades rentrées, 9 avaient été au nombre des guéries, 18 avaient été du nombre des améliorées et des non guéries. J'ai donc les proportions suivantes : 9 récidives pour 145 guéries, soit 6.2 pour 100; 18 récidives pour 151 améliorées ou non guéries, soit 11.8 pour 100.

Vous voyez les résultats : M. Liégeois vous annonce 9 récidives pour 125 guéris, soit 6.9 pour 100; j'ai 6.2 pour 100 de récidive. Constatons que les résultats des injections et des toniques sont à peu près les mêmes. Je le demande encore une fois : le mercure a-t-il fait mieux que le traitement tonique, lorsque nous prenons les mêmes éléments de comparaison ? Les chiffres sont là pour montrer que non, et je n'en veux pas plus pour constater l'inutilité du mercure.

Les récidives que j'ai observées chez mes malades étaient relativement bénignes, sauf deux malades qui ont eu des accidents tertiaires.

J'ai observé des syphilides généralisées, des roséoles papuleuses, des syphilides précoces. Elles ont guéri dans un temps différent. Les roséoles papuleuses ont guéri en 3 semaines, les syphilides papuleuses un peu confluentes et les plaques muqueuses de la peau, en 1, 2 ou 3 mois. J'ai observé 65 de ces syphilides : sur ce nombre, 18 fois, j'ai vu la syphilide naître chez des malades traités par les

toniques, et 14 fois je l'ai vue naître chez des malades qui avaient pris du mercure. Je rappelle ici que 219 malades étaient traités par les toniques, et 77 seulement avaient été traités par les mercuriaux. Parmi ces syphilides, celles qui apparaissaient aux époques normales où elles doivent se produire et qui ont une durée plus longue, j'ai fait la même remarque que l'année dernière. Chez les malades vierges de mercure, 6 syphilides ont duré, 3, cinq mois, 3, six mois. Chez les malades qui avaient pris du mercure, 5 syphilides ont duré, 1, cinq mois, 1, six mois, 2, sept mois, 1, huit mois. Ainsi les traitements mercuriels débilitants troublent l'évolution de la syphilide, et celle-ci évolue régulièrement quand on cesse le mercure.

J'ai observé 4 syphilides précoces, dont une syphilide tuberculeuse précoce, caractérisée comme l'on sait par des élevures du derme ayant la consistance et la forme de kéloïdes; elles ont guéri en 6 mois et 6 mois et demi, sauf une qui existait chez une malade traitée antérieurement pendant 4 mois par du sirop de Gibert. Le mal a encore duré 3 mois et la malade a quitté l'hôpital guérie, conservant encore sur quelques points un peu de désquamation.

J'ai observé 6 iritis dont 3 doubles. Elles ont guéri en 10 ou 12 jours, par le moyen du collyre mydriatique, des vésicatoires aux tempes et des purgatifs. Et chez les malades qui avaient des iritis au moment de leurs règles, j'ai employé des sinapismes promenés sur les cuisses et les jambes. Une fois j'ai eu une complication de kératite en fusée chez une malade qui avait eu, avant sa syphilis, des ulcères de la cornée. Un hypopion est survenu, le mal a guéri après 3 ponctions de la cornée. Une autre fois, il y a eu une complication de choroïdite. C'était chez une malade qui avait eu autrefois une choroïdite avant d'être syphititique; deux ponctions de la cornée, avec évacuation de l'humeur aqueuse, ont guéri la lésion; la vue a été conservée dans son intégrité.

J'ai vu, à côté de cela, une malade qui avait eu, avant d'entrer dans mon service, une iritis double, et qui avait été traitée par les préparations mercurielles; les iritis avaient duré 3 et 5 semaines. La comparaison peut être faite facilement.

En fait d'accidents tertiaires, j'ai eu deux de mes malades qui en ont présenté; ces deux malades, jointes à une troisième dont je vous ai parlé et à une autre qui a été traitée par le mercure après être sortie de chez moi, sont les seules malades qui aient eu des accidents tertiaires sur les 914 malades que j'ai traitées de la syphilide depuis quatre ans que j'ai mon service à l'hôpital de Lourcine. La pre-

mière malade est la fille Taron, que vous retrouverez dans mes précédentes statistiques. Elle a eu un ulcère à la jambe, guéri par la cautérisation et la compression ; l'autre a eu une syphilide tuberculo-crustacée, qui a guéri par des lotions à la teinture d'iode.

J'ai vu des accidents tertiaires chez des malades qui avaient pris du mercure : une fois, des douleurs ostéocopes ; une fois du tremblement mercuriel et des syphilides serpigineuses du voile du palais, une fois de l'ecthyma, une fois des petits ulcères des jambes dus à des gommes de la peau. Cette malade, traitée autrefois dans mon service, avait été traitée dans son pays par du mercure pour consolider, disait-on, sa guérison. Mais ce que j'ai vu de plus remarquable à cet égard, c'est la malade suivante : Une femme m'est amenée aveugle et paralysée, ayant deux rétinites syphilitiques et probablement une tumeur cérébrale. Mariée il y a quatre ans, elle avait gagné la syphilis avec son mari. Traitée aussitôt, elle a suivi pendant trois ans tous les traitements mercuriels possibles : protoiodure, liqueur de Van Swiéten, sirop de Gibert, frictions mercurielles, fumigations de cinabre et iodure de potassium. Malgré cela, elle a mis au monde un enfant mort et macéré dix mois après son mariage. Elle a eu des boutons sur le corps, des iritis, et finalement une lésion cérébrale. J'ai traité cette malade par l'iodure de potassium en vain, et, il y a quelques semaines, cette pauvre femme a été réintégrée dans son département comme infirme par l'administration.

J'ai pu suivre, messieurs, un certain nombre de mes malades. Plusieurs de mes malades ont été revues bien guéries, et j'ai eu des malades qui sont venues dans mon service pour des maladies utérines et qui, deux ans et trois ans auparavant, avaient été traitées par les toniques dans mes salles pour des accidents syphilitiques dont elles ne portaient plus aucune trace.

J'arrive à la syphilis des femmes enceintes : j'ai eu pendant cette année 11 femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital.

5 avaient été traitées seulement par les toniques et leur accouchement a eu lieu de la manière suivante : 3 de ces malades, dont la syphilis remontait au début de la grossesse, ont mis au monde un enfant vivant, mort plus tard d'inanition faute de nourrice ; 1 malade, qui avait gagné sa syphilis pendant sa grossesse, accoucha à terme d'un enfant mort et macéré ; 1, qui avait gagné sa syphilis au début de sa grossesse, avorta à 6 mois. Toutes ces malades étaient enceintes pour la première fois.

6 avaient été traitées par le mercure une ou deux fois pendant leur

grossesse ; 4 ont avorté à 6 et 7 mois, l'enfant était mort. De ces 4 malades, 1 avait pris en deux fois 120 pilules de protoiodure ; 1 avait pris 2 mois de protoiodure ; 1 avait pris 1 mois de liqueur de Van Swieten, 1 avait pris 1 mois et 4 jours de protoiodure, et 10 jours environ de liqueur Van Swieten. Toutes ces malades avaient leur syphilis depuis le début de leur grossesse, sauf une qui l'avait 6 mois avant la grossesse ; 1 malade qui avait pris 6 semaines de pilules de protoiodure à l'hôpital Saint-Louis, et 60 pilules en ville, qui était syphilitique depuis le début de sa grossesse, met au monde à terme un enfant mort et macéré.

1 malade qui était enceinte pour la deuxième fois, et qui avait gagné la syphilis à peu près au moment du début de la grossesse, après avoir pris pendant 2 mois du sirop Gibert, accouche d'un enfant vivant à terme.

Voyez ce que donne la comparaison : sans mercure, 3 enfants vivants sur 5 malades ; avec le mercure, avec le traitement mercuriel, 1 seul enfant vivant sur 6 malades. C'est là une série heureuse pour le traitement tonique simple. Je ne dis pas que l'on observera toujours de semblables proportions, et je serais satisfait pour les besoins de ma démonstration que les résultats fussent les mêmes. Cela prouverait surabondamment que le mercure est inutile.

D'ailleurs, je répète encore cette année que les malades enceintes qui ont une syphilis faible, gagnée au début de la grossesse, peuvent accoucher d'un enfant vivant si on les soigne, si elles se ménagent et si on les soumet à un bon régime, et que le mercure ne fait rien de mieux, et qu'il n'a aucune action spécifique.

Messieurs, j'ai trouvé des observations destinées à prouver l'efficacité du mercure pour faire venir à terme les enfants. Ce sont des observations du service de M. Depaul ; elles sont consignées dans une thèse soutenue l'année dernière à la Faculté de médecine. (Thèse de M. Dianu, 1868).

De ces observations, je tire les réflexions suivantes : Des malades ont pris du mercure pendant un mois et quelques jours. L'une accouche d'un enfant qui meurt après d'inanition, l'autre accouche d'un enfant qu'elle emmène. Ces deux malades avaient gagné leur syphilis pendant les premiers temps de la grossesse. C'est à un mois de traitement mercuriel qu'est attribué l'accouchement, dans ces observations du service de M. Depaul.

Il y a une malade, vierge de mercure, qui accouche d'un enfant vivant, mais qui est syphilitique et meurt en peu de temps.

Enfin il y a 3 malades de mon service, ayant gagné leur syphilis

au début de la grossesse. Elles sont sorties de mon service non guéries; 1 avorte, 1 accouche d'un enfant qui meurt presque de suite, et qui a présenté à l'autopsie une péritonite dite péritonite syphilitique. Cette femme, entre son séjour dans mes salles et sa présence dans le service de M. Depaul, avait pris en ville 40 pilules (pilules mercurielles sans doute), c'est-à-dire environ un mois de traitement. Remarquez, messieurs, que les deux malades accouchées d'un enfant vivant, et qui sont données comme des exemples probants en faveur de l'efficacité du mercure contre les avortements ou la syphilis des nouveau-nés, avaient pris seulement un mois et quelques jours du mercure dans le service de M. Depaul.

La troisième malade est plus intéressante; elle accouche à 7 mois d'un enfant vivant, après avoir pris dans mon service seulement des toniques; l'enfant est mort le dix-septième jour, probablement d'inanition. La malade est soumise au traitement mercuriel pendant un temps qui n'est pas déterminé, elle accouche 11 mois après sa première couche d'un enfant vivant. On met sur le compte du mercure l'accouchement du second enfant, sans mettre au profit du traitement tonique le premier, et cependant la syphilis était alors de date plus récente.

Cette manière de poser les observations, vous le voyez, est tout à fait fâcheuse. Mais ce n'est encore rien.

Deux malades, dont la syphilis remontait à 5 ans et 3 ans, ont amené, l'une un enfant vivant, l'autre un enfant mort-né. La première avait été traitée, il y a cinq ans, pendant 4 mois, par le protoiodure; l'autre avait été traitée depuis 2 ans 1/2, jusqu'au mois de février 1868, à plusieurs reprises par les bains de sublimé, les pilules de protoiodure, la liqueur de Van Swieten et les fumigations mercurielles. Dans le premier cas, il est dit que c'est le traitement mercuriel qui a permis l'accouchement normal; dans le second cas, il est dit que la malade n'avait pas pris de mercure pendant sa grossesse. En vérité, ceci n'est point sérieux. Cela revient à dire que quand une malade a pris du mercure et avorte, on doit affirmer qu'elle n'a pas pris assez de mercure, et que quand elle accouche d'un enfant vivant, c'est le mercure qui l'a fait accoucher normalement, quand même, dans les deux cas, les malades auraient pris la même quantité de mercure. Il y a là un parti pris évident.

Si ceux de mes collègues qui ont des services d'accouchements croient avoir de meilleures observations, qu'ils les apportent, mais qu'ils apportent en même temps tous les faits relatifs à la syphilis des femmes grosses, et nous compterons.

Je vous ai exposé, messieurs, les résultats du traitement tonique ; je viens de le comparer aux traitements vantés hier, vantés aujourd'hui ; vous aurez pu voir de quel côté est l'avantage. Et cependant il n'est pas nécessaire que l'avantage soit du côté du traitement tonique. Si les résultats sont semblables, le traitement tonique est plus acceptable que le traitement mercuriel associé aux toniques, puisqu'il est reconnu que le mercure est un agent tonique.

La syphilis n'a pas de contre-poison spécifique, je le répète. Elle est une variété d'infection purulente, la moins grave de toutes peut-être, et nous savons qu'il n'y a pas de contre-poison spécifique pour l'infection purulente. La syphilis guérit seule par une série d'éliminations spontanées. Soutenons l'économie pendant que ce travail s'accomplit, pendant que l'individu élimine, sous forme de plaques muqueuses ou de syphilides papuleuses, les parties contaminées de son sang ; traitons scrupuleusement les accidents locaux : tel est le traitement physiologique de la syphilis. Encore quelques années, messieurs, la démonstration se fera, et la syphilis rentrera dans le cadre des maladies générales, d'où elle n'aurait jamais dû sortir.

M. DEPAUL demande la parole pour un fait personnel. Il s'étonne que M. Desprès se permette de le mettre en cause à propos d'une thèse soutenue par un élève qu'il ne connaît pas. Cette thèse renferme des observations prises à la clinique d'accouchement, mais le professeur ne saurait en aucune façon être responsable de la manière dont sont rédigées des observations qui ne lui ont même pas été communiquées.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Nombre des votants...... 29

M. Giraud Teulon obtient......... 25 voix.
M. Bailly........................ 4 —

En conséquence, M. Giraud Teulon est nommé membre titulaire de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIÉGEOIS. Je demande à la Société la permission de lui présenter, à l'appui de l'efficacité des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, un sujet soumis à ce moyen depuis dix jours seulement. Ce sujet avait eu un chancre du fourreau de la

verge au mois de mars 1867. Il a été traité pour ce chancre par des pilules dont il ne connaît pas la nature. Trois ou quatre mois après, sont apparues des syphilides sur toute la surface du corps, puis des ulcérations dont il porte encore les traces cicatricielles. Une cicatrice, placée à la partie externe de la cuisse, a environ l'étendue de la main; les autres ont, pour la plupart, l'étendue d'une pièce de 5 francs. Au début de ces accidents, le malade a été traité par un sirop d'iodure de mercure. Au bout de cinq à six mois, voyant qu'il ne guérissait pas, il entra à Saint-Louis dans le service de M. Bazin. Là, il fut mis au sirop de biodure de mercure, depuis le mois de novembre 1867 jusqu'au mois de novembre 1868, à l'exception de trois semaines, pendant lesquelles il avait quitté l'hôpital. A sa sortie, il ne lui restait plus qu'une petite ulcération des amygdales. Il y a quatre mois, son corps se couvrit de rougeurs et de boutons. Il fut mis alors, par un praticien de la ville, au nitrate d'or, et ce traitement fut suivi jusqu'au jour de son entrée au Midi, le 7 juin. A cet instant, le malade présentait sur tout le corps, et surtout sur la face, une syphilide tuberculo-crustacée des plus confluentes. La face était hérissée d'une quantité considérable de saillies mamelonnées et dures, les unes pressées en amas sur de larges surfaces, les autres disposées en cercle. Elles étaient, en général, d'une couleur rouge intense, qui se continuait là où il restait un peu de peau saine sur celle-ci. Une grande quantité de ces tubercules étaient recouverts de croûtes minces et très-adhérentes. Deux croûtes, du volume d'une amande, existaient au front; une autre, du volume d'une grosse noix, existait à la base du nez et oblitérait en partie l'ouverture des narines. Ces croûtes étaient d'un brun sale, très-dures, et fortement adhérentes à la peau sur laquelle elles reposaient. Toute l'étendue de la surface du corps était recouverte de plaques ayant une largeur variable, depuis celle d'une pièce de 1 franc jusqu'à celle de la main, et même plus. Ces plaques étaient d'un rouge vicié, saillantes, irrégulières, dures, et étaient en général hérissées ou bordées de nombreuses saillies mamelonnées. Un grand nombre de ces plaques étaient recouvertes de squames, quelques-unes de croûtes.

Au point de vue de l'état général, le sujet paraissait profondément débilité, il était d'une maigreur très-grande. Le dessin que je présente, dû au talent de M. E. Beau, permet de constater l'état de la face lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital du Midi. Depuis dix jours, ce sujet a subi 56 injections, 4, 6, 8 par jour, graduellement; chaque injection contenant 2 milligrammes. Aujourd'hui, on peut constater sur ce malade présent combien l'affection a été profondé-

ment modifiée. Déjà, à la face on ne reconnaît plus les saillies tuberculeuses, elles sont complétement affaissées, et, au lieu de croûtes, on trouve des squames peu adhérentes, faciles à enlever; les deux croûtes du front sont tombées, celle du nez persiste; la peau a perdu complétement sa coloration rosée. Les plaques du tronc et des membres sont aussi affaissées; on ne retrouve plus de saillies mamelonnées. Presque toutes les plaques sont recouvertes de squames très-minces; quelques-unes encore, parmi celles des jambes, sont recouvertes d'une mince croûte. Le malade est atteint d'une salivation légère. Malgré le nombre considérable d'injections faites dans le dos en dix jours, on peut s'assurer qu'il n'y a et qu'il n'y a pas eu de trace d'inflammation.

Ce malade ne rentre pas dans la catégorie de ceux qui font le sujet des recherches dont j'ai exposé les résultats dans la dernière séance. Ici, j'ai employé la méthode hypodermique à fortes doses de sublimé, uniquement dans le but de montrer toute la puissance de l'action de la méthode, appliquée à un cas exceptionnel comme gravité. Je ne me propose pas de continuer sur mon malade ces injections, étant convaincu qu'une syphilis qui guérit trop vite est des plus sujettes à la récidive. Je vais diminuer insensiblement les doses, jusqu'à ce que j'arrive à la dose physiologique, c'est-à-dire celle que j'emploie habituellement, 4 milligrammes. Je demande à la Société la permission de lui représenter ce malade, quoi qu'il arrive.

M. LE DOCTEUR THELMIER présente un petit malade âgé de quinze mois, auquel il a pratiqué avec succès la trachéotomie il y a six semaines.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 23 JUIN 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*. — Le *Journal de*

médecine et de chirurgie pratiques. — Le *Marseille médical.* — Le *Montpellier médical.*

— *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy*, pour l'année 1867-68. Par le docteur Ed. Lallement, secrétaire. — Nancy, 1869.

— *Traitement du cancer du col de l'utérus.* Thèse inaugurale, par J. J. Lassales, ancien interne. Paris, 1869.

— *Ovariotomie, guérison.* Par le docteur Ch. Jonard (de Marseille). Broch. in-8, 1869.

COMMUNICATIONS

Épispadias. — Autoplastie, insuccès partiel. — Guérison par les cautérisations.— M. VERNEUIL. Dans la dernière séance, j'avais fait venir, afin de le présenter à la Société, un de mes petits malades, guéri des inconvénients si graves que cause l'épispadias ; l'heure avancée m'a empêché de faire cette communication, mais la plupart d'entre vous ont pu examiner celui qui en fait le sujet.

Cet enfant, âgé de dix ans, habite la province ; atteint d'épispadias complet, il lui était impossible de retenir son urine. Le 28 décembre 1868, je lui fis l'autoplastie par le premier procédé de Nélaton. Je disséquai un lambeau abdominal, que je vins rabattre comme un toit sur la gouttière urétrale. La face crucentrée répondant à l'extérieur fut insinuée à droite et à gauche, sous la face profonde de la peau formant les bords de cette gouttière. La suture échoua, car il y eut sphacèle du lambeau abdominal.

Il me restait un entonnoir profond, comme aplati de bas en haut et présentant des commissures à droite et à gauche. Avec un couteau galvanique, je cautérisai légèrement les commissures, Après une seule cautérisation, le malade pouvait déjà retenir un peu l'urine. L'entonnoir s'était notablement rétréci. Une seconde cautérisation faite il y a sept semaines amena, non la guérison de l'épispadias, mais la guérison de l'incontinence d'urine.

Ainsi, ce malade est venu de Lariboisière, il a séjourné près de deux heures dans l'antichambre, et lorsqu'il a manifesté le besoin urgent d'uriner, il y avait trois heures qu'il n'avait pas laissé échapper une goutte d'urine.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage ; guérison par la dilatation forcée. — M. BROCA. Une demoiselle, âgée de 26 ans, hystérique, était atteinte depuis quelque temps d'un rétré-

cissement spasmodique de l'œsophage, lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Ce rétrécissement était situé très-haut, derrière le larynx. Son caractère spasmodique est prouvé par ce fait seul qu'il disparaissait momentanément pour reparaître, surtout au moment du passage des aliments. J'essayai la dilatation avec la tige garnie d'olives, mais sans succès; on pouvait assez souvent passer l'olive la plus grosse, mais à peine était-elle introduite qu'un spasme survenait et rendait son extraction difficile. Pendant deux mois, ma malade fut nourrie au moyen de la sonde œsophagienne. Je fis alors construire une boule de plomb du volume du doigt, longue de cinq centimètres, et creusée d'une gorge à sa partie moyenne. Mon intention était de la laisser pendant quelques heures dans le rétrécissement, au niveau duquel elle resterait spontanément fixée par la contraction de l'œsophage sur l'espèce de poulie cylindrique formée par cette boule. Tout cela fut inutile.

Je songeai qu'il y avait là quelque chose d'analogue à ce qui existe dans le spasme de l'anus affecté de fissure, et je voulus tenter la dilatation au moyen des pinces courbes. Mais ces pinces, en s'écartant, prennent la forme d'un coin dont la base est à l'extrémité des mors et le sommet à la charnière. Si l'on force pour les ouvrir, ce coin, engagé par sa base dans le rétrécissement immobile, glisse de haut en bas, la pince est en quelque sorte avalée; elle n'agit plus comme dilatateur, et peut déterminer une lésion de l'organe dans la partie située sous le rétrécissement. Je fis deux tentatives : la première ne me donna aucun résultat ; la seconde produisit un peu d'amélioration pendant quinze jours. Le procédé me paraissait bon. Il me restait à chercher un moyen de l'appliquer. Je fis alors construire une pince dont les branches, au lieu de s'entrecroiser, restent écartées au niveau de la charnière et portent une articulation excentrique. Grâce à cette disposition, les branches, à leur extrémité libre, restent parallèles, même dans un écartement de 6 centimètres, et si, par un écartement plus grand, la divergence oblique se manifeste, l'élasticité de l'acier fait que, sous l'influence de la pression, le parallélisme se rétablit. Je fis une dernière tentative avec cet instrument; la dilatation fut faite, et le succès complet ne s'est pas démenti depuis deux ans.

Ce qui prouve du reste combien étaient justes mes appréciations sur la nature du mal, c'est que depuis l'opération ma malade a été atteinte d'un spasme de l'anus, qui céda également *à la dilatation*.

RAPPORT

Sur le bras artificiel de M. Gripouilleau, médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire). — M. LÉON LE FORT fait un rapport verbal sur le mémoire envoyé par M. Gripouilleau à l'appui de sa présentation d'un bras artificiel destiné aux travailleurs des campagnes, aux manouvriers, terrassiers, etc. Après avoir passé rapidement en revue les progrès de la prothèse du membre supérieur et fait ressortir l'importance de la découverte faite vers 1844 par van Pétersen d'un principe de traction permettant au malade de donner le mouvement au membre artificiel sans l'aide de la main saine, M. Le Fort compare les bras de M. de Beaufort et ceux de M. Gripouilleau, et leur utilité pour les malades amputés du bras.

L'appareil de M. de Beaufort ne jouit pas de mouvements propres au niveau du coude. L'avant-bras est réuni au bras au moyen de deux charnières latérales. A la partie antérieure de la pièce brachiale et dans l'intérieur du cylindre qui représente le bras, existe un cliquet de bois parallèle au membre, lorsque ce dernier est dans l'extension. A la partie postérieure et supérieure de la pièce antibrachiale est un trou au travers duquel peut venir saillir le cliquet lorsque le coude est fléchi.

Lors donc que le malade veut fléchir son bras artificiel, il doit saisir la main de l'appareil avec la main saine ou l'appuyer sur un plan résistant, et fléchir l'avant-bras sur le bras. Dans ce mouvement, l'avant-bras se mettant à angle droit avec le bras, le cliquet vient se trouver au niveau de l'ouverture anti-brachiale, s'y engage, s'y fixe par son arrêt, et la position est conservée, sans pouvoir être modifiée. Pour étendre le membre, la main saine doit venir repousser le cliquet pour le dégager de l'ouverture. Il est inutile de faire remarquer qu'un cliquet de bois mince, retenu par les bords d'une ouverture taillée dans un morceau de cuir, ne présente aucune garantie de solidité et qu'il serait impossible au malade de tenir sur son avant-bras fléchi l'anse d'un panier un peu fortement chargé; sous ce rapport, l'appareil de M. de Beaufort est en progrès, mais en progrès rétrograde, sur le bras que A. Paré fit construire il y a trois cents ans par le petit Lorrain.

La main artificielle du même appareil est empruntée à l'appareil si ingénieux construit en 1844 par Petersen et décrit par Magendie dans le rapport fait à l'Institut; seulement le pouce seul est mobile, ce qui ôte de l'illusion, mais a l'avantage d'augmenter un

peu la solidité, et de diminuer beaucoup le prix de revient. Voici comment cette mobilité était obtenue par van Petersen et comment elle l'est par M. de Beaufort.

Le pouce, à sa face palmaire, donne attache au niveau de l'éminence thénar à une lanière de caoutchouc vulcanisé qui remonte vers l'avant-bras, le traverse et vient s'attacher à la partie moyenne de sa face postérieure. A sa face dorsale s'insère une corde à boyau qui remonte le long du bras, se réfléchit sur une poulie de renvoi au niveau de l'épaule, et vient s'insérer soit sur un corset, soit au bouton du pantalon.

Si le malade porte les deux épaules en avant, en faisant ce qu'on appelle le gros dos, ou s'il redresse le tronc, il tend la corde; la corde tendue tire sur le pouce ; et, lorsque cette traction surpasse la résistance de la tige de caoutchouc, le pouce s'écarte, pour se fléchir de nouveau lorsque cesse la tension de la corde. La force de préhension déterminée par la force élastique du caoutchouc n'est pas très-grande. Le malade que l'on exhibait au palais de l'industrie à l'admiration, fort incompétente en chirurgie, des princes grands et petits, ne put tenir de sa main artificielle une livraison de la *Revue des Deux-Mondes* que je le priai de tenir comme expérience. Il semble que rien ne serait plus facile que d'augmenter la force du ressort; mais dans ce cas la tension de la corde exigerait à son tour une force que l'on ne trouverait que dans un énergique redressement du tronc ; il faudrait donner plus de course à la corde de traction et l'on est fort limité à cet égard, même en plaçant la puissance, comme l'ont fait MM. Robert et Collin, au niveau de la racine de la cuisse.

Je me hâte d'ajouter que si l'on ne demande à l'appareil de M. de Beaufort, c'est-à-dire à l'appareil de van Petersen simplifié et rendu pécuniairement plus pratique, que ce qu'il peut donner, il rend de très-grands services aux individus qui n'ont pas à exercer de travail manuel exigeant quelque force ; il permet aux employés qui guident l'étranger dans les bureaux des administrations, aux petits rentiers, aux militaires pensionnés, de tenir un journal, quelques papiers, une canne, de saluer même du chapeau. Mais on aurait tort de lui appliquer le titre immérité de prothèse du pauvre ; le pauvre n'a pas seulement besoin d'un appareil peu couteux, il lui faut un appareil solide, avec lequel il puisse manier ses outils, déployer une certaine force ; il veut se servir de sa main artificielle, non pour la tendre à l'aumône, mais pour qu'elle lui permette de gagner son pain et celui de sa famille

Cette condition, importante entre toutes, est merveilleusement réalisée, pour ce qui concerne les agriculteurs et les terrassiers, par le bras de M. Gripouilleau. Ici rien n'est donné à l'élégance et à l'illusion, tout est donné à la force et à l'utilité pratique. Voici comment il est disposé : Le moignon est entouré d'une manche en toile solide, fixée sur l'épaule et autour du corps par des courroies de même nature. A l'autre extrémité, cette manche s'attache autour d'une sorte de calotte hémisphérique en bois, percée à son centre d'outre en outre. Dans ce trou s'engage un pieu de fer, se terminant du côté du bras par une tête aplatie, et du côté libre et saillant au dehors par une mortaise. Dans cette mortaise est reçue la tête aplatie, à forme de lame, d'une tige de fer représentant l'avant-bras ; et celle-ci, bifurquée également en bas, s'articule avec une troisième pièce représentant la main.

Cette main est tantôt constituée par un anneau s'il s'agit de faucher, par une douille s'il faut manier la pelle ou la pioche, par un crochet s'il faut traîner la brouette ; et la pièce antibrachiale se met ou se supprime selon la nature du travail. Le principe du bras de M. Gripouilleau est une extrême mobilité dans tous les sens.

J'ai eu récemment l'occasion de l'utiliser sur un de mes malades que j'avais dû amputer du bras l'année dernière. Cet homme incapable de travailler, et de pouvoir nourrir sa famille, implora mon secours pour lui faire fabriquer quelque chose qui pût lui permettre de se livrer aux travaux des champs. J'étudiais particulièrement alors la prothèse du membre supérieur, et mon attention était spécialement attirée sur le bras de M. Gripouilleau ; je fis venir le malade à l'hôpital Cochin et je lui fis, avec l'autorisation de l'administration, construire par M. Guillot un bras qui, malgré quelques modifications, n'était après tout que le bras de M. Gripouilleau.

Cet appareil pour lequel on peut assez justement parodier un mot tristement célèbre, cet appareil fit merveille. Le malade n'eut besoin d'aucun apprentissage pour s'en servir. M. Husson voulut bien se rendre à Cochin pour voir travailler le malade. Il pouvait faire tout ce que fait un terrassier, manier la pelle, la bêche, la pioche, charger une brouette, la traîner, la vider en la retournant. Ces photographies, que j'ai prises à l'hôpital, vous le montrent fauchant la prairie dans laquelle se construisent nos tentes-hôpitaux ; ailleurs, tenant sa pelle pleine de charbon, remplissant une hotte placée à hauteur d'homme, traînant une brouette chargée de plus de 100 kilogrammes de charbon, et tout cela, je le répète, il put le faire du premier coup, et si, au lieu de vous présenter le malade, je ne vous présente que ses photographies,

c'est que, dans son bonheur qui se traduisait par des larmes de joie, il voulut retourner de suite auprès des siens, et leur gagner par son travail ce pain qui lui manquait souvent depuis sa mutilation, et les tirer de la misère, grâce à l'invention de notre confrère. A cet appareil revient donc le titre de prothèse du pauvre; il permet le dur travail du manouvrier, de l'homme des champs, du terrassier, et si son prix n'est pas à Paris de 15 francs comme à Mont-Louis, il est peu élevé puisqu'il ne monte pas au delà de 30 à 40 francs.

En résumé, messieurs, nous ne pouvons que féliciter M. Gripouilleau de son ingénieuse invention, et nous féliciter d'avoir enfin les moyens de pouvoir rendre le travail manuel possible à bien des malheureux, qui sans cet appareil seraient voués à la misère.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. LÉON LE FORT. Si nos discussions ne devaient pas retentir au delà de cette enceinte, je ne prendrais pas la parole ; mais au dehors, et surtout à l'étranger, on pourrait donner aux statistiques que notre collègue M. Desprès cite à l'appui du traitement tonique et réparateur une valeur qu'elles ne sauraient avoir. L'argumentation de M. Desprès est en résumé celle-ci. J'ai eu 300 malades syphilitiques en traitement à l'hôpital ; ces 300 malades sont sorties guéries, 30 seulement s'y sont depuis représentées par suite de la réapparition des accidents. J'ai donc seulement 10 p. 100 de récidives; tandis que mes collègues qui emploient les mercuriaux comptent 20 p. 100 de récidives; donc le traitement tonique et réparateur guérit plus sûrement que le traitement mercuriel.

Certes les personnes étrangères au fonctionnement de nos hôpitaux s'imagineront, ou qu'il en est des malades de Lourcine comme de celles de Saint-Lazare, comme des filles inscrites à la préfecture, qu'on retrouve ultérieurement aux visites du dispensaire, ou bien que notre collègue a suivi toutes ces malades, et que 30 seulement ont vu survenir une récidive. Or, il me paraît nécessaire qu'on sache ailleurs que ce chiffre si précis des récidives est purement et simplement celui des syphilitiques qui, redevenues malades après leur sortie, ont cru devoir retourner dans le service de notre collègue ou tout au moins à l'hôpital de Lourcine.

Je pourrais même indiquer un moyen d'avoir, avec une pareille base d'évaluation de la valeur du traitement, un nombre bien moins grand encore de récidives; je suppose que je sois chirurgien à l'hô-

pital de Lourcine. Partisan des mesures disciplinaires, j'use largement de la faculté de mettre au cachot les insubordonnées, je punis les infractions au règlement ; en un mot je suppose, et ce n'est que sur moi que je fais porter cette supposition toute gratuite, je suppose que je m'applique à rendre le séjour de mes salles si attrayant que mes malades n'aient qu'un désir : en sortir et ne jamais y rentrer. Si je suis parvenu à rendre ce désir suffisamment énergique, je serai arrivé à ce résultat : sur 300 malades, il n'en rentrera aucune, de sorte que j'aurai par ce fait seul trouvé, sans m'en douter, un traitement héroïque qui guérira la syphilis sans récidive aucune.

Je répète donc : M. Desprès n'a pas suivi toutes ses malades, et il n'aurait pu le faire, après qu'elles sont sorties de l'hôpital. Le chiffre de ses récidives n'indique que le chiffre des malades rentrées à Lourcine ou dans son service ; le chiffre des malades données comme guéries sans récidive est en réalité celui des femmes qui, reprises ou non de nouveaux accidents, n'ont pas voulu retourner à l'hôpital, ou revenir se soumettre au traitement tonique et réparateur, c'est-à-dire à l'expectation.

S'il faut en donner une preuve palpable, je dirai : dans son discours de la séance dernière, M. Desprès cite parmi les guéries une femme à laquelle il a ponctionné trois fois la chambre antérieure, probablement pour la guérir d'un iritis. Or, cette jeune fille m'a été présentée, il y a quelques jours, par un de nos confrères ; elle m'a dit, et je prie notre collègue de ne pas prendre à mauvaise intention cette reproduction d'une opinion individuelle, certainement mal fondée : « Je ne veux à aucun prix retourner dans le service de M. Desprès, et je ne veux pas retourner à Lourcine, de peur qu'on me force à rentrer dans le service de M. Desprès ; d'ailleurs il ne fait aucun traitement. »

Eh bien, cette malade guérie par le traitement tonique et réparateur, cette malade que notre collègue regarde comme exempte de récidive, par cela seul qu'elle n'est pas retournée lui demander de nouveaux soins, était atteinte quand je la vis de plaques muqueuses de la joue, de plaques muqueuses de la langue, de plaques muqueuses du pharynx, de plaques muqueuses de la vulve, de plaques muqueuses de l'anus ; ce qui me paraît constituer une récidive complète.

M. LIÉGEOIS présente le malade qu'il a déjà montré il y a huit jours afin que la Société pût constater les progrès considérables de l'affection syphilitique tuberculo-crustacée qu'il portait, sous l'influence des injections de sublimé ; il rappelle que ce sujet est en

traitement depuis dix-huit jours. Jusqu'à mercredi dernier, M. Liégeois a employé des doses graduelles de sublimé de 8 milligrammes à 15 milligrammes par jour. Depuis mercredi, il est descendu graduellement à sa dose habituelle de 4 milligrammes. Aujourd'hui il reste à peine 3 ou 4 croûtes à la surface du corps ou de la face. Les énormes plaques tuberculeuses que présentait ce malade ont totalement disparu, et sont remplacées par des taches rougeâtres, dont quelques-unes présentent un aspect cicatriciel. M. Liégeois engage les membres de la Société à constater que le dos de ce sujet ne présente en aucun point la moindre trace d'inflammation, quoique cette partie du corps eût reçu déjà 72 injections.

M. LIÉGEOIS continue ainsi :

Mon intention n'était pas, comme je l'ai dit, de soulever une troisième discussion sur la valeur comparative des médications tonique et mercurielle. J'espérais que M. Desprès reconnaîtrait que les conditions dans lesquelles je m'étais placé éloignaient toute idée de comparaison entre les résultats obtenus par lui et par moi. Qu'ai-je donc fait, en effet, après cette première année d'expérimentation, dont j'ai donné les résultats dans une séance précédente? J'ai mis 196 malades aux injections de sublimé à petites doses, sans faire usage ni du traitement local ni du traitement tonique, à part 13 malades, qui, dans un but comparatif, ont été soumis à ce dernier traitement en même temps qu'aux injections. M. Desprès, au contraire, adjoint au traitement tonique, qu'il défend avec tant de persévérance, les cautérisations et les bains. Or, sans ces adjuvants, il ne pourrait guérir la syphilis, à part certains cas de peu de gravité.

Pour m'en assurer, 21 sujets, choisis parmi ceux qui paraissaient avoir les accidents syphilitiques les plus légers, ont été traités dans mon service exclusivement par les toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Or, 2 atteints de roséole sont sortis guéris. 14, atteints pour la plupart de plaques muqueuses, ont été un peu améliorés. 5 n'ont eu aucune amélioration. Sur leur demande, 7 de ces 21 sujets on été mis à un traitement mercuriel et ont quitté l'hôpital parfaitement guéris. M. Desprès objecte à ces résultats que le traitement tonique n'a pas été poursuivi assez de temps; mais le plus grand nombre de ces sujets y sont restés soumis plus de 20 jours, quelques-uns 30, d'autres 60.

On comprend difficilement, en réalité, en face des résultats que j'ai obtenus avec la méthode hypodermique, que M. Desprès soit encore venu nous répéter que le mercure est au moins inutile, sinon nuisible. Quel genre de preuves faut-il donc lui donner? Je lui

certifie qu'à Lourcine, avec des doses moyennes de sublimé, données en injections, j'ai guéri des syphilis graves en seize jours en moyenne, comme Lewin l'avait fait lui-même ; qu'au Midi, avec des doses faibles de sublimé, j'ai guéri des syphilis graves en 37 jours, en moyenne ; je viens enfin de lui présenter un sujet atteint de syphilis excessivement grave et qui, avec des doses fortes, a été amélioré de la façon la plus considérable en 18 jours, et avec cet ensemble de preuves, je ne parviens pas à convaincre mon collègue ! Ces résultats, messieurs, je les crois inattaquables, et je tiens, vu leur importance, à ce qu'ils ne soient contestés que par des observations opposées ; ils démontrent de la façon la plus péremptoire qu'avec les injections hypodermiques on peut, presque à sa guise, se rendre maître des accidents secondaires en variant les doses de sublimé. Mais là surtout où les injections rendront des services qu'aucune méthode jusqu'ici n'a pu rendre, c'est quand le clinicien sera en face d'accidents graves et qui menacent la fonction d'un organe ou bien la fonction d'un appareil, c'est-à-dire la vie. Je vous ai déjà parlé d'une iritis double, qu'aucun traitement n'avait pu arrêter dans sa marche, même les injections de sublimé à petites doses, et qui, en trois jours, s'est dissipée presque complétement en doublant celles-ci. J'ai à vous rapporter aujourd'hui le fait d'un individu qui, rentré dans mes salles pour une récidive de syphilis traitée antérieurement par le protoiodure de mercure, fut mis aux injections hypodermiques à petites doses ; sept ou huit jours après son entrée, ce malade, qui portait des plaques muqueuses de la gorge, fut pris insensiblement d'une dyspnée effrayante ; je lui prescrivis, le lendemain du début de cet accident, 5 centigrammes d'émétique, après lui avoir fait quatre injections, c'est-à-dire le double de la quantité habituelle ; pendant la journée, on lui promena quelques sinapismes sur les jambes. Le soir, le malade était dans un état tel que les internes de l'hôpital furent sur le point de lui pratiquer la trachéotomie, pensant même qu'on n'aurait pas le temps de m'envoyer chercher. Cependant, au moment où ils discutaient la conduite qu'ils avaient à tenir, ils crurent s'apercevoir que la respiration devenait plus libre. Le lendemain, lors de ma visite, la respiration se faisait plus facilement que la veille ; les injections furent encore doublées ; le surlendemain, le malade respirait très-amplement, toutes mes craintes avaient cessé. Sans affirmer que ce sujet doive son salut aux injections seules, il m'est permis de penser au moins qu'il revient à celles-ci une large part.

Puisque M. Desprès conteste que mes malades guérissent malgré

le mercure, il me reste, pour le convaincre, un seul parti à prendre : celui de lui proposer de présenter à la Société un malade du genre de celui que vous venez de voir, et de l'améliorer dans un laps de temps semblable. Ou si M. Desprès y consent, nous prendrons quatre malades ou plus placés dans des conditions morbides à peu près analogues; j'en traiterai deux par les injections, M. Desprès en traitera deux par les toniques, sans employer, lui, des cautérisations ou des bains, sans me servir, moi, ni de toniques, ni de cautérisations, ni de bains. Et si les malades de M. Desprès guérissent aussi vite et aussi radicalement que les miens, je m'avoue vaincu et abandonne toute espèce de traitement mercuriel.

Maintenant, je prends ma statistique telle qu'elle est, et j'espère que vous demeurerez convaincus de sa supériorité sur celle de M. Desprès, quand j'aurai examiné devant vous la manière de procéder de mon collègue. Mais, avant d'entrer dans ce genre de discussion, je dois dire que j'utiliserai une statistique comparative faite en 1867, portant sur les malades de M. Desprès et sur les miennes, entrées à Lourcine dans nos deux services, depuis janvier jusqu'en décembre. Cette statistique a été prise à la fin de 1867, dans le seul but de m'assurer si mes résultats cliniques obtenus chez les malades traitées par le protoïodure, et ceux obtenus par mon collègue avec le traitement tonique, étaient bien différents l'un de l'autre. Dans une des séances précédentes, je vous ai dit qu'en réalité la différence n'était pas très-grande, car j'avais trouvé chez M. Desprès 18 récidives, et chez moi 14. Mais aujourd'hui que M. Desprès m'a forcé à étudier sa statistique dans ses plus petits détails, je reviens de mon erreur et vais vous démontrer que la statistique de mon adversaire n'est à nulle autre comparable.

M. Desprès me reproche d'avoir fait deux groupes de mes malades, les guéris d'une part, les améliorés de l'autre, et d'avoir donné ainsi à ma statistique un aspect avantageux, plus apparent que réel. Or, quand on se propose de connaître la valeur exacte d'un procédé, sinon nouveau, mais peu étudié encore, ma manière de faire est d'une importance capitale. Vous allez en juger par vous-mêmes. Je vous rappelle que sur mes 196 malades, j'ai 69 améliorés (35 p. 100); sur ces 69 améliorés, j'ai 14 récidives (20 p. 100). Supposez que je sois venu vous dire : sur mes 196 malades, j'ai par exemple, 90 améliorés au lieu de 69; assurément, vous auriez condamné la méthode, soupçonnant, avec juste raison, que cette méthode n'était acceptée qu'avec difficulté de la part des malades, ceux-ci n'ayant pas eu le

courage ou la patience de la supporter jusqu'au moment de leur guérison.

Supposez, d'autre part, qu'ayant 69 améliorés, je sois venu vous dire que sur ce nombre je n'ai que deux ou trois récidives; avee raison vous m'auriez objecté que ce chiffre, non-seulement n'était pas l'expression de la vérité, mais condamnait ma méthode, vu qu'un grand nombre de mes améliorés, qui étaient assurément voués un jour ou l'autre à des récidives, s'étaient dirigés sans aucun doute dans un service où l'on ne pratique pas les injections. Or, en 1867, de janvier en décembre, sur 272 malades, M. Desprès compte 120 améliorés (45 p. 100); ici le chiffre n'est supérieur au mien que de 10, ce qui indique que les malades entrés pour la première fois à l'hôpital acceptent assez facilement le régime tonique. Mais, de ces 120 améliorés, il en est rentré dans le service de M. Desprès seulement 7, ce qui indique manifestement que les malades mis une première fois au régime tonique, pour une cause ou pour une autre, consentent difficilement à le reprendre quand ils sont en état de récidive.

M. DESPRÈS. En 1867, 27 malades traitées par le protoiodure de mercure dans le service de M. Liégeois sont rentrées dans le mien.

M. LIÉGEOIS. Il est, à la vérité, rentré cette année dans le service de M. Desprès 6 de mes malades, tandis que dans le mien il en est rentré 2 seulement de M. Desprès; mais il faut bien savoir qu'alors les toniques chez M. Desprès étaient donnés si largement, que j'avais mille peines pour retenir mes malades dans mes salles et les empêcher d'aller dans les salles de mon collègue, et si l'administration n'avait supprimé, cette année même, les bons de vin et de viandes rôties, mon service, un jour ou l'autre, n'aurait pas manqué d'être exposé à une désertion générale. Je reviens à mon sujet. Que sont donc devenues les 114 améliorées que M. Desprès n'a pas revues? Elles sont sans doute allées, pour la plupart, où sont allés eux-mêmes la plupart de mes 55 améliorés traités par les injections, et qui ne sont pas revenus dans mon service du Midi, c'est-à-dire que les uns et les autres, lors de leur récidive, se sont disséminés dans les divers hôpitaux. J'ai pris, à la vérité, toutes les précautions pour retrouver les miens, et j'en ai retrouvé un certain nombre. M. Desprès ne paraît pas faire de même que moi, si j'en juge par le nombre des malades qui, sortis de son service, sont actuellement dans le service de son voisin, M. Fournier. Il y en a jusqu'à 7, et ces 7 malades ne sont pas compris dans la statistique que M. Desprès nous a donnée dans la dernière séance. Une a été traitée par lui pendant trois mois, la deuxième pendant trois mois, la troisième

pendant trois mois, la quatrième pendant quatre mois et demi, la cinquième pendant cinq mois, la sixième pendant deux mois, la septième pendant huit mois. Comment dès lors concilier ce chiffre de 7 malades récidives avec le chiffre général de 9 (12 p. 100), et qui résulterait du relevé statistique que M. Desprès vous a présenté? Vous voyez donc, messieurs, que M. Desprès compte comme guéris un grand nombre de sujets qui, n'étant qu'améliorés, ne reviennent pas à son service lors de leur récidive. Il me paraît bien plus important, pour accorder aux statistiques du genre de celles que nous faisons une certaine valeur, au moins relative par rapport à l'exacte vérité, de faire des améliorés une classe accessoire, ceux-ci ne pouvant être de quelque utilité que quand il s'agit de savoir comment la méthode employée est acceptée de la part des malades.

L'élément qui domine toutes les statistiques de M. Desprès et sur lequel il ne manque jamais de s'arrêter longuement, c'est la oomparaison établie entre les récidives de ses malades brûlées par les toniques et celles des malades traitées par le protoiodure de mercure, soit en ville, soit dans les hôpitaux, et toujours il trouve une différence considérable à l'avantage du traitement tonique. Ainsi, l'année dernière, en particulier, il est rentré chez lui 77 sujets en récidive de traitement mercuriel et 27 sujets seulement en récidive du traitement tonique; par conséquent 3 fois, environ, autant des premiers que des derniers. Et M. Desprès de voir dans ces résultats les preuves d'une grande supériorité de sa méthode. Mais ce résultat me semble au contraire écrasant pour M. Desprès.

A Paris, en effet, il y a peut-être 15,000, 20,000 femmes de la classe ouvrière qui, ayant eu la syphilis, ont été traitées par les préparations mercurielles. Il n'y a et ne peut avoir que 1,000 à 1,200 malades traitées par les toniques, c'est-à-dire toutes les femmes qui ont passé par le service de M. Desprès depuis 4 ans, M. Desprès n'ayant pas, que je sache, fait jusqu'ici beaucoup de prosélytes. Et M. Desprès est satisfait quand il voit rentrer dans ses salles 3 fois moins de malades traitées par lui par rapport aux malades traitées antérieurement par le mercure; mais à valeur égale, ce n'est pas trois fois autant de malades qui devraient rentrer dans ses salles, mais 12 fois, 20 fois autant. Il suffit, du reste, d'interroger les chiffres des récidives de service à service pour être convaincu que l'avantage demeure au traitement mercuriel.

Ainsi, dans mon service, en 1867, 308 malades syphilitiques ont été traitées par le protoiodure, et je trouve 14 récidives 4-54 pour 100. M. Desprès, dans le même espace de temps, a traité par les

toniques 272 malades syphilitiques; je trouve 18 récidives, 6-63 pour 100.

Dans une discussion antérieure à celle-ci, M. Desprès signale parmi les avantages du traitement tonique celui de raccourcir le séjour des malades dans les hôpitaux, si on le compare sous ce point de vue au traitement mercuriel. C'est là une assertion qui a tout lieu d'étonner, quand on songe que les malades de M. Desprès, de son aveu propre, demandent, pour guérir de leur syphilis, de 3 à 6 mois, quelquefois 15 mois et plus. Or, tous les chirurgiens savent qu'il est rare que les malades traitées par le protoiodure séjournent plus de 2, 3, 4 mois au plus dans nos services hospitaliers.

Il y a tout lieu de penser qu'il y a eu erreur de la part de M. Desprès. Et en effet, d'après les deux statistiques comparatives en 1867, du 1er janvier au 1er décembre, M. Desprès a reçu dans ses salles de 89 lits 382 malades, 272 syphitiques, 110 malades non syphilitiques; pendant ce temps, dans mes salles de 91 lits, j'ai reçu 463 malades, 308 syphilitiques, 155 non syphilitiques. J'ai eu, par conséquent, dans mon service 36 malades syphilitiques de plus que M. Desprès dans le sien. Mais cette différence devient plus considérable encore si je mets en ligne de comparaison le nombre des malades traités par le mercure au Midi et celui des malades traitées à Lourcine par les toniques. Car du 1er janvier 1868 au 1er janvier 1869, 1,039 malades sont entrés dans mon service, 343 sujets syphilitiques qui ont été mis au protoiodure, à la liqueur, aux injections, et 696 sujets non syphilitiques.

Quand M. Desprès cherche à montrer les avantages de sa méthode, il se sert souvent d'une expression que je regrette pour les mercurialistes. Il dénomme perte de temps ou temps inutile le temps qu'un malade ayant récidivé a passé dans les salles où il a été traité par les préparations mercurielles; mais cette expression n'apparaît jamais quand il s'agit d'un malade ayant eu une ou plusieurs récidives après un traitement tonique, et mis ensuite, par d'autres médecins, au traitement mercuriel. Vous allez vous convaincre facilement si ce sont des femmes du service de M. Desprès ou du mien qui ont perdu le plus de temps en 1867.

14 malades traitées par le protoiodure par moi ont séjourné dans mes salles, lors de leur premier traitement, 835 jours; 1 malade a séjourné 59 jours. 18 malades traités par les toniques chez M. Desprès ont séjourné, lors de leur premier traitement, 1,286 jours; 1 malade a séjourné 76 jours. Différence, 17 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement dirigé contre les récidives, 1 malade ayant été traitée par moi par le protoiodure, a séjourné 44 jours; 1 malade de M. Desprès, traitée une seconde fois par les toniques, a séjourné dans ses salles 50 jours. Différence, 6 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement, 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée ensuite par le protoiodure chez M. Liégeois a séjourné 48 jours. 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée une seconde fois par lui par les toniques a séjourné 67 jours. Différence, 19 jours gagnés sur les toniques.

Ainsi donc, de quelque côté que l'on se retourne, quand on fait la comparaison du traitement mercuriel et du traitement tonique, soit au point de vue du nombre des améliorés, soit au point de vue du nombre des récidives, soit au point de vue du nombre relatif de sujets retrouvés dans les hôpitaux, soit au point de vue du nombre de malades traités en une année, soit enfin au point de vue du nombre de jours passés à l'hôpital avant ou après la récidive, partout et toujours l'avantage demeure au traitement mercuriel.

J'arrive aux attaques dirigées par M. Desprès contre la méthode des injections sous-cutanées de sublimé à petites doses.

M. Desprès tout d'abord a contesté l'absorption du sublimé. Je ne m'attendais guère, je l'avoue, à l'objection qu'il me fit. Depuis que je fais usage de cette méthode, ma solution, il faut l'avouer, l'a beaucoup préoccupé. Quand M. Desprès a su que j'avais eu à Lourcine des escarres, quand surtout il a pu constater le fait sur deux de mes malades récidivées et entrées chez lui, mon liquide injecté servait à alimenter l'escarre, mais ne pénétrait pas dans l'organisme et ne pouvait par conséquent avoir la moindre efficacité pour la guérison de la syphilis. Quand il apprit que j'avais au Midi modifié mon procédé, et que je n'avais plus d'accidents locaux, le liquide que j'injectais s'échappait, selon lui, par la piqûre produite par la canule. A cette objection qui me fut faite un jour par M. Desprès, je répondis que pour éviter l'issue de ce liquide je plaçais sur la piqûre une couche de collodion. Plus tard, j'appris que M. Desprès avait fait des injections sur des grenouilles, et qu'il avait constaté que les vaisseaux capillaire se contractaient et se refusaient par cela même à la pénétration du sublimé. C'est cette objection que j'attendais, mais j'ai été trompé ; aujourd'hui, le sublimé est insoluble dans l'eau, il se dépose au fond, ou sur les parois du vase. Et si, quand j'aspire le liquide avec la seringue, ma canule est au milieu du vase,

j'aspire uniquement de l'eau privée de sublimé; si, au contraire, le bec de ma seringue touche les parois ou le fond du vase, j'aspire du sublimé solide et j'ai des escarres. Mon injection est par conséquent indifférente à la guérison dans le premier cas; dans le second cas elle est plus que cela, elle est dangereuse et détermine des accidents locaux.

M. Desprès ignore, par malheur, que le sublimé étendu dans une certaine quantité d'eau est parfaitement soluble, et je vous en donne la preuve en vous présentant le liquide de ma formule; il est aussi clair que de l'eau de roche, même en l'agitant. En me reprochant de donner lieu à des escarres, M. Desprès avait, sans aucun doute, oublié que les accidents locaux que j'avais constatés chez mes malades de Lourcine avec la dose minimum de sublimé proposée par Lewin, étaient précisément la cause qui m'avait fait renoncer au procédé de cet auteur, après un certain nombre d'essais, pour en adopter un autre qui est parfaitement innocent. Le malade que j'ai présenté tout à l'heure a reçu 72 injections en dix-huit jours, et vous n'avez vu sur son corps nulle trace de l'injection. Du reste, que M. Desprès sache que le nombre de ces injections faites au Midi s'élève actuellement à 19,992, chiffre imposant. Or, je n'ai eu que deux fois une légère dermite avec modification superficielle du derme, et cela parce que l'injection avait été faite dans l'épaisseur du derme par une personne inexpérimentée. Pour se mettre complétement à l'abri des accidents, il n'y a donc qu'une seule précaution à prendre : c'est de bien s'assurer que le bec de la canule est en plein tissu cellulaire. Je conseille cependant encore de ne pas faire l'injection trois ou quatre fois de suite au même endroit; il pourrait bien, dans ce cas, survenir une inflammation suppurative, quoique je n'en aie pas eu encore d'exemple.

M. Desprès s'est aussi empressé de vous signaler une escarre sur le lapin que j'ai placé sous vos yeux, et qui depuis quatre mois était soumis aux injections. Mais M. Desprès doit bien penser que le tissu cellulaire n'offre pas chez tous les animaux la même résistance aux agents chimiques. Chez quelques lapins j'ai pu constater quelquefois 3 ou 4 escarres; puisque chez l'homme je ne les détermine pas, même en injectant une dose plus forte de sublimé, il est bien certain que la différence de ces résultats tient à la cause que je viens d'indiquer.

Je m'attendais bien que chez mes malades l'embonpoint provoqué par les injections du sublimé ferait l'objet d'une critique de M. Desprès. Tout le monde sait que, pour lui, la graisse et le mer-

cure sont deux choses incompatibles. Voilà, du reste, ce qu'il dit dans une précédente discussion : « Le mercure est depuis longtemps reconnu comme un médicament débilitant ; les partisans du mercure admettent qu'ils intoxiquent lentement un sujet intoxiqué, ils débilitent une malade débilitante ; cette thérapeutique n'a d'analogue que dans la saignée et la diète. » Je me demandais, cependant, comment M. Desprès s'en tirerait en face de mes 74 pesées, qui m'ont montré qu'un individu en moyenne augmentait de 1,255 grammes ; en face aussi des pesées faites sur des sujets ou des animaux sains, qui augmentent de poids à la façon des individus syphilisés dans de très-notables proportions. Or, M. Desprès m'objecte que « tous les syphilitiques qui entrent dans les hôpitaux engraissent au bout d'un certain temps, sans doute par suite du changement que ce repos et un régime meilleur apportent dans leur état général, quelle que soit d'ailleurs la préparation mercurielle qu'on leur administre. » M. Desprès est dans l'erreur sur ce point ; les malades syphilitiques mis au protoiodure n'engraisssent pas dans la généralité des cas pendant leur traitement; au contraire, ils maigrissent le plus souvent. D'après mes recherches, les malades mis au protoiodure perdent en moyenne pendant leur traitement 362 grammes. Selon M. Desprès, tous les individus mis aux toniques, au contraire, engraissent. C'est vrai, pour la plupart du moins; mais l'important est de savoir dans quelles proportions leur embonpoint augmente par rapport à celui des malades mis aux injections de sublimé. Or, je vous ai dit qu'un sujet syphilitique, mis au protoiodure, gagne en poids moyen pendant son traitement 674 grammes ; tandis qu'un sujet syphilitique, mis aux injections, gagne 1,255 grammes. Je ne puis qu'engager M. Desprès à soumettre ses malades à l'épreuve de la balance, et j'ai tout lieu de croire, malgré mon nombre limité de malades pesés et mis aux toniques (9) (j'en ai dit la raison), qu'ils n'acquerront jamais le poids des malades mis aux injections.

A propos de l'embonpoint de mes sujets, variable avec les conditions thérapeutiques dans lesquelles ils étaient placés, M. Desprès s'est livré à un calcul que je n'ai pas compris, mais qui cependant m'a paru ressembler à celui-ci. Soit le chiffre 2 représentant le poids de mes malades mis aux toniques, soit le chiffre 4 représentant le poids de mes malades mis aux injections, soit le chiffre 10 représentant le poids de mes sujets mis aux injections et aux toniques. Le poids de ces derniers devrait être la somme des deux premiers ; or, 4 et 2 font 6, et non 10; donc mon calcul n'est pas exact. Ai-je besoin de réfuter une pareille objection? Le chiffre de mes pesées ne repré-

sente-t-il pas une moyenne d'individus, les uns ayant augmenté, les autres ayant diminué, les uns et les autres ayant séjourné à l'hôpital un temps inégal, enfin les uns et les autres ayant été influencés de façons différentes par la médication qu'ils ont faite ? Il n'y a pas plus deux organismes qui se ressemblent dans leur fonconnement physiologique, et notamment dans la manière dont ils sont impressionnés par un agent thérapeutique, qu'il n'y a deux figures qui se ressemblent.

Selon M. Desprès, « je me mets en opposition avec les résultats des observations et des expériences de MM. G. Sée, Kussmaul, Cl. Bernard, qui attribuent au mercure une action dénutritive et expliquent ainsi l'influence que l'on s'accorde généralement à reconnaître au mercure, soit pour prévenir, soit pour faire disparaître les néoplasmes. » Quand, dans leurs observations, des physiologistes arrivent à des résultats différents sur un même point, on peut dire, presque à coup sûr, que c'est parce qu'ils se sont placés dans des conditions différentes.

Or, personne jusqu'ici n'a traité des sujets syphilitiques avec une dose de 4 milligrammes de sel mercuriel par jour. Et c'est là la cause des différences qui existent entre mes résultats et ceux des excellents observateurs que m'oppose M. Desprès. Si l'on considère que la syphilis, pour guérir, ne réclame, en moyenne, que 14 centigrammes de sublimé donné en injection, tandis qu'avec le protoiodure, en supposant un traitement de six mois et deux pilules par jour, on arrive à 19 grammes de protoiodure pour atteindre le même résultat, on comprendra facilement que de telles différences dans les doses peuvent comporter avec elles des différences d'action. Nos pesées, en effet, ont prouvé qu'à faible dose, le sublimé est un reconstituant des plus énergiques qui porte son action sur le travail d'assimilation nutritive. Les analyses d'urine faites par M. Byasson ont prouvé, de plus, qu'à petite dose, le sublimé active, en même temps que le travail d'assimilation, celui de désassimilation. Tout en contribuant, par conséquent, à favoriser dans les tissus, en apparence sains, l'abord d'une plus grande quantité de substances plastiques, le sublimé contribue encore à favoriser le départ d'une plus grande quantité des matériaux anciens de ces tisssus. En un mot, la suractivité de la dénutrition est proportionnelle à la suractivité de la nutrition. Mais, fait important, tandis que, pour les tissus en apparence sains, la seconde l'emporte sur la première, pour les productions hyperplasiques, la première l'emporte sur la seconde. De là une rénovation dans un temps rapide des principes immédiats des

tissus anciens en même temps que la disparition des tissus nouveaux, c'est-à-dire des manifestations secondaires de la syphilis. Ces deux causes tendent à rétablir l'équilibre organiquc momentanément perturbé par l'introduction dans le sang d'une matière virulente.

Quant aux préparations mercurielles, à la dose où on les donne habituellement, elles agissent, contrairement aux petites doses, bien davantage sur le facteur de dénutritition que sur celui de nutrition. Comme le dit à juste raison M. G. Sée, elles dénourrissent tout, et tissus sains et productions hyperplasiques; aussi faut-il, pour contrebalancer les effets désavantageux que la suractivité dénutritive produit dans les tissus sains, leur adjoindre les toniques.

C'est là, sans aucun doute, les raisons qui expliquent les différences que nous avons constatées dans l'emploi des injections sous-cutanées à petites doses et dans l'emploi du protoiodure. Le premier, par rapport au second, met infiniment moins de temps pour guérir radicalement la syphilis, tout en mettant bien davantage à l'abri des récidives. Peut-être, en donnant le protoiodure à la dose de 1 centigramme seulement, la liqueur à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, ce que je fais actuellement, obtiendra-t-on des résultats plus favorables. Jusqu'ici j'ai lieu de le croire, mais le temps seul, c'est-à-dire de nombreuses observations me permettront de juger cette question.

M. Desprès avait à me faire une objection sérieuse, et je m'étonne qu'il l'ait oubliée, car déjà il l'avait adressée à M. G. Sée. Il pouvait me dire : Mais si le mercure guérit les accidents secondaires par son action dénutritive, comment peut-il guérir les ulcérations syphilitiques? Je lui aurais répondu que le mercure est précisément impuissant à guérir cette forme d'accidents, quand surtout elle ne repose pas sur une base hyperplasique. J'ai pu reconnaître ce fait dans ces derniers temps sur deux sujets afférents à la période secondaire d'ulcères atoniques dont les bords n'étaient ni gonflés ni indurés. On peut encore voir, dans mes salles, un de ces sujets, pour lequel j'ai dû renoncer au protoiodure et aux injections; et, fait remarquable que je chercherai à utiliser pour l'avenir, mon premier malade a guéri avec la plus grande facilité avec un traitement arsénical; mon second, celui qui est encore en traitement, est en voie d'amélioration rapide par ce moyen.

Pour M. Desprès, les accidents syphilitiques, papules, plaques muqueuses, loin d'être, comme je le pense, des foyers d'infection qu'il importe de faire disparaître pour assurer la guérison de la

syphilis, doivent être regardés comme des moyens de dépuration et d'élimination du poison, de même que dans la variole les pustules sont le moyen d'élimination du virus variolique.

Mes opinions sur la manière de comprendre la syphilis diffèrent radicalement de celles de M. Desprès. M. Desprès considère ce qu'il appelle le virus comme un poison dont l'organisme se débarrasse toujours; seulement, au lieu de le faire sortir par les émonctoires naturels, les voies d'excrétion, il le fait échapper par des tissus nouveaux, les plaques muqueuses, les syphilides, qui, selon lui, sembleraient naître pour la réalisation de ce but. Mais il n'y a pas de virus dans l'intoxication syphilitique, pas plus qu'il n'y en a dans tous les cas de maladies infectieuses; il ne peut y avoir que des matières liquides ou solides virulentes. Certains principes immédiats, d'une constitution donnée, tels que ceux qui dérivent de l'exsudat chancreux, pénètrent dans le sang et, agissant par action de contact sur certains principes immédiats du sang, communiquent à ceux-ci les mêmes propriétés que celles qu'ils possèdent, en modifiant leur état moléculaire. De là une infection qui se propage de proche en proche dans toute la masse sanguine, de là un trouble de la nutrition résultant de l'abord dans les tissus de matériaux plastiques contaminés, trouble qui aboutit dans quelques-uns d'entre eux à l'ulcération, et donne aussi naissance aux productions hyperplasiques. Ce n'est donc pas, à nos yeux, à un virus que la médication mercurielle s'adresse jamais, mais bien à une propriété physiologique générale de tous les tissus, à la nutrition, seulement à une nutrition perturbée. Et si, comme je l'ai déjà dit, les toniques ont une infériorité incontestable sur les injections sous-cutanées de sublimé à petites doses, c'est parce que cette médication a moins de puissance que le sublimé sur les actes d'assimilation, mais surtout sur les actes de désassimilation, puisque, d'une part, les sujets syphilitiques mis aux toniques gagnent moins en poids que ceux mis aux injections; puisque, d'autre part, les toniques sont incapables seuls, sans autre médication locale, de faire disparaître les productions hyperplasiques, surtout les plaques muqueuses. Je ne conteste pas, toutefois, que les plaques muqueuses étant détruites par des cautérisations successives, l'état général d'un sujet syphilitique mis au traitement tonique ne puisse s'améliorer, et même le mettre dans l'avenir à l'abri des récidives; mais il faut, pour atteindre ce résultat, un long temps, 6, 8, 15 mois.

Puisque M. Desprès croit à l'existence d'un virus que les tissus hyperplasiques seraient chargés d'éliminer, pourquoi donc ne laisse-

t-il pas à la nature prévoyante le soin complet de cette élimination? Pourquoi s'empresse-t-il de cautériser les plaques muqueuses dès qu'elles apparaissent, et cela avec un caustique énergique, le chlorure de zinc? Mais on ne peut pas plus admettre cette hypothèse de l'élimination du virus syphilitique que celle qui prétendrait qu'un virus cancéreux quelconque s'échappe de l'organisme par une tumeur cancéreuse.

Là aussi il y a une altération des principes constituants du sang, et c'est consécutivement à cette altération que la nutrition s'est perturbée au point de donner naissance à des productions hyperplasiques. Loin de concourir à l'expulsion d'un virus ou de matières virulentes, la tumeur cancéreuse est un foyer d'infection qui tend à contaminer de plus en plus l'organisme de la même façon que les plaques muqueuses sont elles-mêmes des foyers d'infection, tant qu'elles subsistent. Et si un jour on trouve quelque substance capable de guérir la diathèse cancéreuse, celle-ci assurément interviendra à la façon du mercure chez les syphilitiques, c'est-à-dire agira sur l'activité des phénomènes nutritifs. Un virus ne s'échappe pas plus de l'organisme syphilitique qu'il ne s'échappe un semblable élément par un ecthyma, un psoriasis, des tubercules, etc., chez un sujet atteint d'une quelconque de ces affections cutanées où, là encore, existe une modification dans l'état moléculaire des principes du sang, modification due à une cause ou à une autre, le plus souvent à une alimentation mauvaise ou à la privation de certaines conditions hygiéniques. Dans ces affections, le sublimé à petites doses paraît agir, ainsi que je l'ai dit, avec la même efficacité et par le même mécanisme que dans la syphilis, à en juger du moins par les quelques cas de guérison que j'ai rapportés.

En soutenant que la syphilis guérit par l'élimination d'un virus, M. Després méconnaît que ni les plaques muqueuses, ni les syphilides ne s'éliminent pas; et, en effet, si ces productions guérissent, c'est à la condition d'être le siége d'un processus rétrograde, dénutritif, en vertu duquel les principes immédiats qui concouraient à la formation de leurs éléments histologiques rentrent dans le sang à l'état liquide. Elles n'éliminent donc rien, elles restituent, au contraire, à l'organisme les matériaux que celui-ci leur a fournis.

M. Després oublie, de plus, qu'une gomme, qu'une exostose qui guérit, ne peuvent servir d'émonctoire à un virus syphilitique. Là, on ne peut conserver aucun doute sur la résorption de molécule à molécule des principes immédiats qui entraient dans la constitution de ces tissus hyperplasiques; et, messieurs, puisque je parle de la simi-

litude des processus qui font disparaître et les accidents secondaires, et les accidents tertiaires, permettez-moi de vous montrer l'immense analogie qui existe entre l'action des préparations mercurielles et des préparations iodurées, notamment à l'iodure de potassium. A petites doses, l'iodure de potassium est un reconstituant tout comme le sublimé, tout comme le fer et le quinquina; mais pour la guérison de la syphilis il est bien moins efficace que le sublimé, et peut être mis sur le même rang que les toniques. A fortes doses, l'iodure de potassium est un médicament surtout dénutritif comme le sublimé lui-même; c'est à ce titre qu'il fait disparaître les hyperplasies tertiaires; d'après les quelques cas que j'ai rapportés, j'ai tout lieu de croire, cependant, que l'action du sublimé à fortes doses est plus efficace que celle de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire.

Enfin à très-fortes doses les mercuriaux, de même que l'iodure de potassium, sont toxiques. On voit donc que, quel que soit l'agent thérapeutique employé dans le traitement de la syphilis, mercure, toniques, iodure de potassium, les uns et les autres portent leur action sur la propriété de nutrition, exagérant des actes purement physiologiques, qui, par leur perturbation, constituent l'état de maladie.

Mais, pour en revenir à la discussion des idées de M. Desprès, c'est à la variole surtout qu'il compare la syphilis au point de vue de l'élimination du virus contaminateur. Mais, dans la variole encore, il n'y a que des principes altérés du sang sous l'influence de la pénétration dans l'économie d'une matière organique décomposée. Il n'y a non plus là qu'un vice général de la nutrition consécutif à cette altération, et les pustules de la variole ne sont que la conséquence d'une aberration nutritive; seulement ici, les éléments histologiques nés de cette aberration sont des leucocytes. Mais, entre la variole et la syphilis, comme entre cette dernière et toutes les autres affections fébriles éruptives, il y a une énorme différence. Ces affections ont toutes dans leur marche une évolution régulière, caractérisée par une série de phases, prodromes, début, augment, état stationnaire, déclin, le tout s'effectuant en quelques jours; la syphilis, au contraire, a une marche toujours progressive; plus elle est vieille, avons nous déjà dit, plus elle est difficile à guérir radicalement; elle ne cesse par conséquent pas de croître, tant qu'elle n'est pas attaquée par une médication rationnelle. Ici, j'ai le regret de me trouver en désaccord avec mon honorable collègue M. Panas, qui admet que, plus la vérole est ancienne, plus elle a de la tendance à s'atténuer. Mais cette divergence qui nous sépare tient à ce

que M. Panas n'a pas eu égard au traitement antérieur. Il compte parmi ses malades atteints d'anciennes syphilis, et guéris rapidement par les frictions, ceux qui ont pris déjà des préparations mercurielles, et ceux-là, nous l'avons vu, guérissent toujours plus rapidement que ceux qui sont vierges de tout traitement hydrargyrique.

Je ne veux point dire par là que les accidents secondaires ne guérissent jamais seuls; il est bien reconnu que la guérison de ceux-ci peut se faire sous l'influence de toute cause de débilitation, avec l'aide seulement d'un bon régime et de quelques soins de propreté; souvent la saignée, la diète, l'application de vésicatoires à la surface du corps, ont guéri la syphilis; enfin, les affections fébriles survenant dans le cours de cette affection ont souvent fait disparaitre, sans l'emploi d'aucun traitement, les manifestations secondaires. Nous remarquons que dans tous ces cas nous retrouvons toujours l'intervention de la même influence physiologique, l'augmentation de l'activité dénutritive. Qu'on ne s'y trompe pas, cependant, quand la nature seule fait en syphilis les frais de la guérison, celle-ci n'est jamais qu'apparente. Tous les chirurgiens qui ont passé par l'hôpital du Midi savent, en effet, de quelle gravité sont les accidents survenus chez les sujets qui, n'ayant été soumis à aucun traitement lors de leurs premières manifestations, se présentent avec une seconde poussée d'accidents secondaires.

Le point de vue pathogénique sous lequel je viens d'envisager la syphilis ne peut évidemment avoir que la valeur d'une hypothèse. Mais, hypothèse pour hypothèse, j'ai tenu à vous montrer que celle que je viens de développer devant vous, fondée au moins sur de nombreuses analogies et déduite de considérations physiologiques, a une valeur supérieure à celle qui admet l'intervention d'un virus dans les nombreuses affections générales, reconnaissant pour cause la pénétration dans l'économie de matières organiques d'une constitution spéciale.

La manière dont j'ai envisagé l'action thérapeutique des mercuriaux a pu étonner un certain nombre de vous; elle a sûrement, au moins, étonné M. Desprès, qui m'accuse « d'avoir ajouté une certaine confusion nouvelle au chaos du traitement de cette affection. »

J'avoue que je ne me serais pas hasardé à publier mes résultats scientifiques, différents dans leur généralité du moins de tout ce qui a été dit à ce sujet, présentant en quelque sorte la syphilis sous une nouvelle face, si mes pesées, mes statistiques générales, mes statistiques partielles, les analyses d'urine faites par M. Byasson, mes re-

cherches expérimentales sur les animaux et l'homme sain, mes examens microscopiques, si, dis-je, tous ces moyens combinés entre eux n'avaient en quelque sorte imposé à mon esprit toutes mes déductions. Mais, comme je l'ai déjà dit, même avec l'aide des lumières de l'expérience et de l'observation, personne ne peut être sûr d'être à l'abri de l'erreur. Aussi, vu l'importance du sujet, j'espère que mes recherches subiront un contrôle de la part des savants que cette question intéresse, prêt que je suis à abandonner mes idées le jour où elles me seront démontrées inexactes.

Pour ce qui concerne le point de vue clinique, mes observations sont trop nombreuses et mes résultats ont été trop conformes pour qu'on puisse mettre aujourd'hui en doute l'efficacité de la méthode hypodermique contre les accidents secondaires de la syphilis. Seulement je ne puis dire encore dans quelle exacte proportion je puis modifier l'état constitutionnel pour parer aux récidives. J'espère, prolongeant et variant mes recherches, m'occupant aussi plus tard de retrouver mes malades dont j'ai pris les adresses avec le plus grand soin, arriver à cette connaissance ; j'espère de plus diminuer la durée de mon traitement, inférieur sous ce rapport aux autres traitements hypodermiques, mais supérieur aux autres méthodes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 30 JUIN.

Présidence de M. LAGNEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : La *Gazette médicale de Strasbourg*.

Les nos 3, 4 et 5 du tome III, 1869, du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— Le *Compte rendu des travaux de la Société impériale de médecine de Bordeaux*, pour 1868, par le d[r] Ch. Dubreuilh, secrétaire général.

— *Relation humoristique d'une excursion médicale à Schinznach : valeur des eaux sulfurées contre la phthisie pulmonaire.* — *Examen critique du manuel du létroceps* de M. Hamon ; deux brochures par M. Putégnat (de Lunéville).

— *Etude sur les hôpitaux sous tentes,* thèse inaugurale par le D[r] Schatz, Paris, juin 1869.

— M. le d[r] Bazille, médecin militaire, adresse une observation intitulée : *Hernie complète de la rate par cause traumatique, ligature du pédicule, guérison.* Renvoyé à une commission : MM. Perrin, Guérin, Le Fort.

— M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, adresse l'observation suivante :

Occlusion du gros intestin. Mort subite. — M[me] X., âgée de 39 ans, grande, forte, d'une très-bonne santé habituelle, avait, à diverses reprises, depuis plusieurs années, éprouvé des accidents d'occlusion intestinale qui disparaissaient après 24, 36, 48 heures au plus. Dans l'intervalle de ces crises, les fonctions de l'intestin s'accomplissaient régulièrement.

Le 13 mars dernier, M[me] X. est prise de coliques très-vives avec ballonnement du ventre, suppression des selles et de l'expulsion des gaz. Le médecin habituel de la malade lui prescrit de l'huile de ricin.

Le 14, les accidents continuèrent ; on essaye en vain d'administrer des lavements simples ou purgatifs, le liquide reflue immédiatement sur les côtés de la canule.

Le 15, les symptômes se sont aggravés et ont aquis une intensité qu'ils n'avaient jamais eue dans les crises antérieures. Prescription : Huile de croton, 2 gouttes.

Le 16, même état que la veille. Mandé en consultation, j'essaye de franchir l'obstacle avec la sonde œsophagienne et je ne puis y parvenir. Le ventre n'est nullement douloureux à la pression. Il n'y a pas eu de vomissements. Prescription : Calomel et jalap, ââ 0 gr. 40, application de glace sur le ventre.

Le 17, M[me] X. a éprouvé un peu de soulagement immédiatement après l'application de la glace, mais il ne s'est produit aucune amélioration : électrisation du gros intestin, pendant dix minutes, sans aucun résultat. Sur notre demande on nous adjoignit alors notre vénéré confrère le D[r] Miquel, qui fut d'avis de recourir à l'emploi du lavement forcé. Nous administrâmes alors nous-même, avec une se-

ringue contenant plusieurs litres, succcssivement deux lavements qui furent poussés avec une force telle qu'un tube de caoutchouc, unissant la seringue et la canule et dont la paroi avait presque 5 millimètres d'épaisseur, creva pendant l'opération. Le liquide refluait toujours sur le côté de la canule.

Il n'y avait pas encore opportunité d'une intervention chirurgicale, l'intestin grêle n'était pas distendu, il n'existait ni fièvre ni vomissements. Nous pouvions donc attendre au lendemain en nous bornant à calmer, autant que possible, les douleurs très-vives qu'éprouvait la malade. Dans ce but, je fis une injection hypodermique d'un demi-centigramme d'acétate de morphine. A 8 heures du soir, M. Slawecki et moi fûmes frappés de l'altération des traits de Mme X. Elle nous assura cependant qu'elle se trouvait beaucoup mieux; le ventre était toujours aussi tendu, l'intestin n'avait pas recouvré la perméabilité, mais les douleurs avaient disparu et la malade avait pu reposer quelques heures. Nous pratiquâmes une nouvelle injection d'un demi-centigramme d'acétate de morphine.

Vers deux heures du matin, Mme X., qui avait assez bien dormi depuis notre départ, fut réveillée par l'arrivée de sa mère et de sa sœur. Elle ne souffrait pas, aussi causa-t-elle longuement; de telle sorte que, malgré l'altération de ses traits, les assistants ne pouvaient soupçonner la gravité de sa situation.

Après un assez long entretien, Mme X. prit un lavement de bouillon, le rendit immédiatement et se disposa à dormir. Quelques minutes après, sa mère, s'approchant de son lit, fut surprise de ne plus entendre sa respiration et, l'examinant plus attentivement, s'aperçut qu'elle avait cessé de vivre.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. DESPRÈS. Messieurs, M. Le Fort, dans la dernière séance, a dit que nos bulletins étaient lus partout, que nos discussions avaient du retentissement, et qu'il voulait faire une réserve. Je ne sais quel sens M. Le Fort attache à cette réserve, mais je n'y vois et l'on ne peut y voir qu'une opinion tardivement introduite dans la discussion. Cette opinion, je vais la combattre.

Si M. Le Fort s'était rappelé mes discours des années précédentes, il aurait eu à l'esprit que je n'ai jamais considéré comme guéries toutes les malades qui ne rentrent pas dans mon service. Je sais qu'il

va plusieurs de mes malades dans d'autres services, j'en ai cité le nombre dans mes précédentes statistiques. Je ne suis point étonné qu'il y ait de ces malades, puisqu'il sort de mon service des filles non guéries, ou à peine améliorées, et qui sortent sur leur demande.

M. Le Fort veut que je suive toutes mes malades, que je les compte toutes ; mais quelle statistique a jamais été faite de la sorte ? Pour juger la mortalité dans les amputations et les résections, est-ce que l'on a tous les faits ? est-ce que des malades qui succombent longtemps après l'opération hors des hôpitaux n'échappent pas? est-ce que, quand il s'agissait de faire ressortir d'une statistique les indications du trépan, M. Le Fort lui-même n'a pas pris des observations laconiques à côté d'observations détaillées, ce qui entachait d'erreurs le résultat ?

La statistique que j'ai faite est-elle passible de reproches qui en annulent la signification? Vous vous rappelez, messieurs, ce que j'ai dit dans mes précédentes communications. Je prends toutes les malades de mon service, je note celles qui présentent des récidives, je note ce que chaque accident met de temps à guérir, je note la nature des récidives. Ce que j'observe dans mon service je le compare à ce qui se passe dans les autres services. Cela ne nous donne-t-il pas de bons éléments de comparaison? Je sais qu'il y a des récidives observées ailleurs que dans mon service, qu'il y en a en ville. Mais ceci existe aussi bien pour les malades traités par le mercure dans les services où l'on en donne. Il s'agit ici de calculs de probabilités comme dans toutes statistiques. Or l'on sait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir tous les cas connus pour établir une probabilité dans un ordre de faits observés; des séries de faits étudiés dans les mêmes conditions suffisent. Mais, messieurs, je vais plus loin et je montre que les faits se présentent pour nous dans des proportions analogues. Il y a un chiffre total de récidives chez nos malades du Midi et de Lourcine. Les 3 cinquièmes environ rentrent dans le même service, 1 cinquième rentre dans les services voisins et 1 cinquième va se faire traiter dans les autres hôpitaux et en ville. Comme les conditions sont les mêmes pour tous, on voit que les comparaisons sont possibles et qu'elles donnent un résultat. C'est ce que j'ai déjà fait l'an dernier en comparant les récidives du service voisin du mien avec les récidives de mon service. C'est ce que je fais cette année en comparant les résultats de M. Liégeois avec les miens. Certes il serait meilleur que nous vissions toutes les récidives, mais, faute de mieux, nous pouvons raisonner sur la comparaison des récidives que

nous observons dans nos services et qui sont une fraction proportionnelle de la somme des récidives.

Pourquoi M. Le Fort demande-t-il cette rigueur absolue et impossible à réaliser? pour défendre une thérapeutique fondée sur l'empirisme le plus vulgaire, pour laquelle il n'a été fait aucune statistique affirmative et dont on justifie l'efficacité par ces phrases : *Depuis trois siècles on donne du mercure*; ou *nous avons vu le mercure réussir*. En vérité, ce ne sont point des preuves, et quand l'on veut prouver quelque chose, il faut d'autres raisons.

En médecine, comment prouve-t-on l'efficacité d'un médicament? Par une expérience renouvelable journellement et à volonté : c'est ainsi que l'on constate l'action de l'opium, l'action mydriatique de la belladone. Ce n'est pas comme cela qu'on peut prouver l'efficacité du mercure. On prouve encore par des séries d'observations, ou par des statistiques. Si je vous avais apporté ici des observations favorables au traitement que j'emploie, vous auriez eu le droit de me dire que je donnais des observations de choix. Reste la statistique, et c'est elle que j'emploie en me servant des éléments que je puis recueillir, et qui sont suffisants pour la comparaison avec d'autres éléments du même ordre.

M. Le Fort a dit qu'il avait, dans son service à l'hôpital Cochin, une malade déclarée guérie par moi et présentant à son entrée dans la salle de notre collègue une récidive de plaques muqueuses. Cela ne m'étonne pas, et je suis prêt à ajouter cette malade au chiffre de mes récidives. Mais ce que M. Le Fort aurait pu remarquer, c'est que la malade était parfaitement guérie d'une iritis syphilitique grave traitée sans mercure dans mon service, et que cette femme avait conservé l'intégrité de sa vision.

M. Le Fort a rafraîchi un argument que M. Panas a produit il y a 2 ans; il a dit que les mesures disciplinaires que j'employais empêchaient les malades de revenir dans mon service. J'ai répondu en montrant à M. Panas que j'avais reçu pendant un même temps plus de malades venant de son service qu'il n'en avait reçu venant de mon service. M. Le Fort aurait pu se souvenir de cette réponse, et n'aurait point renouvelé une interprétation qui n'avait rien de scientifique.

Je ne répondrai pas à une partie de l'argumentation de M. Liégeois : ce qu'il y avait de personnel dans son discours était le fruit de l'entraînement de l'improvisation. M. Liégeois m'en a donné l'assurance après la séance. Je ne parlerai donc point du jugement porté sur ma statistique, ni de l'interprétation de M. Liégeois à l'é-

gard des malades de son service qui rentraient dans le mien, ni des erreurs de chiffres dont M. Liégeois est redevable à celui de ses élèves qu'il a chargé de prendre des renseignements sur mes malades. Ceci n'est point un reproche : les élèves dévoués à leur maître ne méritent que des éloges; mais, on est obligé de le reconnaître, leur expérience n'est pas toujours à la hauteur de leur dévouement.

Je m'arrêterai à quelques arguments de M. Liégeois. Notre collègue a rappelé ma statistique de 1868 et l'a comparée à la sienne de cette année. Cette comparaison avait été déjà faite, je la complète aujourd'hui avec les documents fournis par M. Liégeois; cette comparaison juge le protoiodure.

J'ai reçu, en 1867-68, 359 malades; j'ai revu 36 de mes malades dans mon service ; sur ce nombre, 18 avaient été traités plus de deux mois dans mes salles. MM. Liégois et Panas avaient reçu, dans le même temps, 334 malades, déduction faite des enfants syphilitiques qui ne pouvaient rentrer dans mes salles. J'ai reçu 33 malades venant du service de ces collègues ; 18 de ces malades avaient subi un traitement mercuriel de plus de deux mois. Vous voyez, rien que dans mon service, j'ai reçu en proportion plus de malades traités dans le service voisin du mien que de mes malades. Pour la somme totale des récidives observées dans les deux services, j'arrive, en ajoutant les chiffres donnés par M. Liégeois lui-même, 14 de ses malades et 12 des miens (dont une au moins n'avait pas la syphilis dans mes salles), au chiffre de 47 récidives pour les deux services. Or, comme j'ai plus de malades, l'égalité des récidives constitue un désavantage pour le service voisin du mien, où l'on donnait du mercure.

Pour ce qui est de la comparaison de mes statistiques avec celles de M. Liégeois, elles supportent toutes d'être comparées avec celles qui renferment les cas de traitement par les injections de sublimé. En effet, en 1867, 9 p. 100 de récidives, dans mon service, bien entendu; en 1868, 9 p. 100; en 1869, 9 p. 100. Qu'a eu M. Liégeois? 14 p. 100 de récidives pour sa première année.

M. Liégeois nous a montré un malade qu'il traite par les injections. Voilà déjà huit mois que ce malade est soumis aux préparations mercurielles, qui ont fait rien ou peu de chose. Ce que ce malade a gagné était attribuable à l'évolution naturelle de l'éruption. Le malade est amélioré, nous dit M. Liégeois, mais je l'ai trouvé seulement plus propre. Je l'ai déjà dit d'ailleurs, s'il prend beaucoup de mercure il pâlira et ses éruptions pâliront; mais pour que le mal disparaisse, il faudra peut-être encore huit semaines, sauf une récidive.

Ce malade est dans la même condition que cet autre dont notre collègue nous a parlé, et dont l'iritis durait et a cédé à des injections faites après plusieurs semaines d'un autre traitement mercuriel.

M. Liégeois me dit de montrer ici des malades ; mais est-ce possible ? les femmes se prêtent difficilement à ces exhibitions. Nous avons à Lourcine des femmes bien dépravées, mais il leur reste un peu de pudeur et elles ne veulent pas être montrées. En revanche, on peut les venir voir dans mon service.

Un mot encore sur l'embonpoint que le mercure donne aux malades. Messieurs, la théorie succombe devant ce fait, que les ouvriers qui travaillent le mercure ou avec le mercure, tels que les miroitiers et les chapeliers, ne gagnent pas d'embonpoint. M. Liégeois a expliqué la contradiction des chiffres que j'avais montrée en disant que les individus réagissent différemment pendant l'usage des toniques et des injections mercurielles. Je comprendrais cela s'il s'agissait de 8 ou de 10 malades ; mais quand nous avons 9 malades d'une part, 74 d'une autre et 19 d'une autre, je n'admets pas que 74 malades soumis aux injections aient tous un tempérament également différent de 19 malades soumis aux injections et aux toniques. Vous vous rappelez les chiffres et vous avez pu voir que, défalcation faite de ce qui résulte de la médication tonique ou des injections sous-cutanées, le reste du chiffre représentant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques et aux injections ne correspond nullement au chiffre indiquant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques ou aux injections. Cette contradiction suppose des erreurs dans les expériences, ou elle est la négation de la théorie.

Les injections de sublimé sont à faible dose ; il y a peu d'absorption, et, quand il y en a, il y a une salivation brusque cessant de même ; ce qui a été absorbé s'élimine vite ; cela existe quand un vaisseau un peu gros a été ouvert. Dans le cas contraire le sublimé s'unit à l'albumine dans le tissu cellulaire et l'absorption n'existe pas immédiatement, ou s'exerce dans une très-minime proportion et s'élimine très-vite sans passer par le foie comme quand le médicament est donné par le tube digestif. La solution employée par M. Liégeois présente d'ailleurs une particularité. Si on la traite par la solution d'iodure de potassiun et si on compare le résultat avec celui de la même réaction chimique faite pour la liqueur de Van Swiéten, on voit que la solution de sublimé de M. Liégeois précipite en jaune, tandis que la liqueur de Van Swiéten donne le précipite rouge caractéristique des solutions de sublimé. Sans doute le chlorhydrate de morphine qui est dans la solution employée par M. Liégeois agit sur

le sublimé et le transforme. Il y a là quelque chose que je signale à l'attention de M. Liégeois. Mais j'admets qu'il y ait du sublimé d'absorbé ; il y en a assez peu d'administré (14 centigrammes pour 66 injections, M. Liégeois vous l'a dit) pour que je sois autorisé à dire que si M. Liégeois voit ses malades en bon état, c'est parce qu'il ne leur donne presque pas de mercure.

Mon collègue repousse le rapprochement que j'ai établi entre la syphilis et les infections purulentes et les infections par un virus tel que la variole. Il croit que la syphilis est constituée par des humeurs virulentes ; mais où sont-elles ces humeurs virulentes? cheminent-elles dans l'économie par des canaux spéciaux ou sont-elles dans le sang? Si elles sont dans le sang, elles y sont comme le virus varioleux, comme les globules sanguins malades de l'infection purulente. On voit donc que les humeurs virulentes ne sont qu'une contradiction de mots opposée à la théorie de l'infection purulente syphilitique.

Cette infection, messieurs, je le répète, commence comme les autres infections : un poison est introduit dans les vaisseaux. Peut-être, et c'est une hypothèse, le mal marche plus vite quand l'absorption a lieu par les veines, et dans ce cas il y a des syphilides généralisées, prématurées; plus lentement quand l'absorption a eu lieu par les lymphatiques. Une fois introduit dans le sang, il y a des globules sanguins qui s'altèrent, cheminent partout et vont s'arrêter sous forme d'infarctus dans les capillaires de la peau où ils forment les roséoles et les syphilides sous forme de squames ou de croûtes; tout ce qui est incapable d'être repris par l'économie se trouve éliminé. Qu'on ne me dise pas qu'une telle élimination est une hypothèse. La variole est une infection où tout ce qu'il y a de sang malade est éliminé en une seule éruption. En effet, quand les pustules ont paru, ont suppuré et se sont desséchées, quand les croûtes sont tombées, l'individu n'a plus la variole. Je vous ai déjà signalé ce rapprochement dans mes précédentes statistiques, j'y insiste de nouveau aujourd'hui.

Que l'élimination ne soit pas régulière, qu'il y ait parfois des lésions du poumon, du foie, des infarctus, je le sais, et ces lésions existent dans la syphilis au même titre que dans l'infection purulente. Mais elles guérissent seules dans un bon nombre de cas, et cela prouve que l'infection syphilitique est la moins immédiatement grave de toutes les infections. Cela empêche-t-il qu'il y ait un rapprochement entre la syphilis et les autres infections? Non, messieurs, et je place encore ici un des motifs de ne pas croire à la spécificité du mercure.

Il n'y a pas de spécifique contre la variole. Il n'y a pas de spécifique contre l'infection purulente : pourquoi y aurait-il un spécifique contre l'infection syphilitique ?

Je ne répéterai pas ce que j'ai dit il y a deux ans des poisons et des contre-poisons, et de l'élimination spontanée des poisons introduits dans le sang : je ne veux pas abuser des moments de la société; mais, à cet égard encore, je n'ai point changé d'opinion. Le poison syphilitique peut être éliminé comme les autres poisons. Je m'arrête, messieurs. Pardonnez mon obstination et n'y voyez que la mesure de mes convictions.

M. LÉON LE FORT. M. Desprès ne paraît pas avoir compris la nature et la portée des reproches que j'adresse à sa statistique et aux prétendues preuves qu'elle apporte à l'appui de l'efficacité du traitement tonique et réparateur, c'est-à-dire à l'abstention.

J'ai montré que la statistique de notre collègue manque de base, puisqu'il n'a pas suivi ses malades hors de l'hôpital; qu'il ne connaît pas le chiffre des récidives, mais seulement le chiffre des malades que le hasard a ramenées dans son service. M. Desprès croit qu'il a fait une comparaison sérieuse parce qu'il a comparé le chiffre des malades revenues dans ses salles au chiffre des malades rentrées dans les salles de ses collègues. Si en latin deux négations valent une affirmation, en science deux erreurs n'ont jamais fait une vérité. C'est parce que nous ne pouvons savoir ce que deviennent nos malades que je n'ai pas voulu me servir des six mille observations que j'ai prises à l'hôpital du Midi, observations parmi lesquelles s'en trouvent un grand nombre qui ont trait à des syphilis, pour établir la fréquence plus ou moins grande de la récidive chez mes malades. J'ai dit que je ne voulais pas rentrer dans une discussion qui a été épuisée il y a deux ans; je me borne à rappeler qu'autorisé moralement par le rapport de M. Dolbeau, j'ai voulu voir, à cette époque, ce que produirait l'abstention sur la marche des accidents. Chez tous, les accidents ont continué avec une durée bien plus grande; chez quelques-uns, j'ai dû revenir de suite au traitement mercuriel, car il y avait péril à s'abstenir plus longtemps, et j'ai dû le faire bientôt pour tous, car, voyant les effets fâcheux de l'absence du traitement spécifique, j'aurais été, en raison de mes convictions, coupable de continuer une expérience nuisible aux malades dont la santé m'était confiée.

Quant à l'exemple que j'ai cité, je m'en suis servi, non pour inculper notre collègue, mais pour montrer le peu de valeur de sa statistique. Chacun de nous a ses défauts, mais il est une qualité que

je me plais à reconnaître chez M. Desprès : c'est la loyauté. En montrant une récidive chez une malade *comptée par lui comme guérie parce qu'elle n'était pas retournée à Lourcine*, j'ai voulu montrer tout ce qu'avait de peu sérieux la base d'évaluation acceptée par notre collègue.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas l'intention d'aborder le fond de la discussion pendante actuellement, et j'avais pensé que les paroles prononcées par notre collègue M. Le Fort, à propos de la statistique, dans la dernière séance, seraient suffisantes pour démontrer l'erreur de méthode qu'a commise M. Desprès. Cependant il vient encore de revenir sur la valeur probative de ses statistiques ; il y insiste, et cet argument pourrait impressionner quelques-uns de nos collègues et la nombreuse assistance qui nous écoute. Il n'a, suivant moi, comme suivant M. Le Fort, absolument aucune valeur.

En effet, M. Desprès traite ses malades suivant sa méthode ; tôt ou tard elles quittent son service ; puis, comme il est dans la nature de la vérole d'avoir des manifestations récidivistes, quelques malades, en nombre variable, reviennent lui demander des soins. Il connaît donc : 1° le nombre de malades traitées ; 2° sur ce nombre, le chiffre de malades revenant à l'hôpital dans son service, et avec ces deux nombres il dresse la proportion suivante : Les malades rentrantes sont au total de nos récidives comme x est à 100 ou 1,000. Or, comme dans cette proportion, deux termes, les deux termes moyens, sont absolument inconnus, il en résulte qu'il n'y a ni proportion, ni équation ; il y a seulement illusion.

C'est sur cette vérité d'arithmétique élémentaire que j'ai voulu appeler l'attention de notre auditoire pour lui faire bien saisir la complète inanité des conclusions de notre collègue.

Que M. Desprès cherche tout ce qu'il voudra à l'aide de ses chiffres, si son traitement agit plus ou moins vite que d'autres sur tel accident ou sur l'ensemble des accidents ; qu'il étudie numériquement tous les faits qui se passent sous ses yeux et qu'il en tire toutes les conclusions que comporte une méthode rigoureuse, rien de mieux et de plus juste ; mais qu'il évite de se faire illusion à lui-même, de faire illusion à ceux qui l'entendent, en enjambant ainsi d'inconnue en inconnue pour arriver à l'erreur.

Encore une fois, je n'aurais pas pris la parole après M. Le Fort s'il ne s'était agi d'un vice de méthode scientifique pouvant compromettre la méthode elle-même si la vérité n'était rétablie.

M. LIÉGEOIS. Messieurs, je partage complétement l'avis de mes deux collègues MM. Trélat et Lefort. Je pense comme eux que nos

statistiques en syphilis, celles du moins qui sont faites dans le but de déterminer le nombre des récidives chez les sujets soumis à tel ou tel traitement, ne peuvent jamais représenter la vérité tout entière, car il nous est toujours impossible de connaître le nombre exact de malades ayant récidives; mais quand il s'agit d'apprécier un procédé thérapeutique nouveau, si imparfaites que soient les statistiques du genre de celles dont je parle, on ne peut s'en passer malgré leur imperfection. En réalité, la valeur d'un procédé appliqué au traitement de la syphilis ne se déduit pas seulement de la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce procédé fait disparaître les accidents secondaires, mais encore de son influence plus ou moins efficace contre le retour de ces accidents. Il est bien évident que si j'avais complétement laissé de côté l'élément récidive, votre jugement sur la méthode eût été bien plus difficile à porter qu'en vous donnant sur cet élément des chiffres, tels que j'ai pu les recueillir en y mettant tout le soin désirable.

Je ne connais, en Europe, qu'un seul hôpital de vénériens qui permette de faire des statistiques portant avec elles un cachet de certitude presque absolue. C'est l'hôpital de la Charité de Berlin. Le service des femmes est composé presque exclusivement de femmes publiques forcées, par ordre de la police, d'y séjourner dès qu'elles sont reconnues malades. Ces femmes ne peuvent sortir que quand elles sont guéries, si bien qu'on n'a pas à compter avec les améliorées. Et, comme elles sont obligées de venir à époque fixe se faire visiter par le chirurgien de l'hôpital, celui-ci peut savoir, en général, pendant un très-long temps du moins, si, oui ou non, elles ont eu des rechutes. C'est la raison pour laquelle je regarde la statistique de G. Lewen comme supérieure à toutes celles qui ont pu être faites jusqu'ici. Mais pour ce qui concerne les hommes syphilitiques, G. Lewen se trouve en face des mêmes difficultés que nous à Paris, qui n'avons aucune prise pour retenir nos malades à l'hôpital jusqu'à leur entière guérison, et qui ne sommes jamais sûrs de les retrouver une fois qu'ils nous ont quittés. On comprend qu'avec les avantages que lui fournit son service de femmes, au point de vue des statistiques à dresser, Lewen n'en fasse pas sur les hommes. Quant à nous, à défaut de pareils avantages, nous devons faire comme nous pouvons et non comme nous voudrions.

J'arrive aux objections de M. Desprès. Je m'étonne, d'après ce que j'ai rappelé dans la dernière séance, que M. Desprès revienne toujours à comparer ses résultats avec les miens. Pour la troisième fois, je rappelle donc, car je tiens à ce que ce fait soit bien établi, que

l'année 1868 a été consacrée à expérimenter les injections de sublimé, en mettant à l'écart toutes les influences qui pourraient favoriser la méthode; ni cautérisations, ni bains, ni lotions de quelque genre que ce soit n'ont été faites. Mon but a été surtout de connaître la part réelle d'action des injections; plus tard je publierai les résultats statistiques, qui me donnent actuellement la combinaison des injections avec le traitement local. Si M. Desprès avait traité des syphilitiques par des toniques exclusivement, comme j'ai traité la plupart des miens exclusivement par des injections de sublimé, nous serions alors dans les mêmes conditions l'un et l'autre, et nous pourrions discuter sur la valeur respective de nos deux traitements.

Mais, vous le savez, messieurs, on ne guérit pas par les toniques seuls, il leur faut l'adjuvant de moyens locaux; par conséquent, les toniques ont, pour la guérison des malades de M. Desprès, une part infiniment moins grande que le traitement local. A la proposition que j'ai faite à M. Desprès, dans la dernière séance, de présenter ici, comme moi, des malades soumis par chacun de nous à notre traitement particulier, M. Desprès répond aujourd'hui que les femmes de Lourcine manquent de vêtements convenables, ou bien que la honte ou la pudeur s'oppose à de semblables exhibitions. Mais je propose alors à M. Desprès de mettre en expérience de ses malades et des miens dans des maisons particulières placées au voisinage de nos hôpitaux; ces malades pourront être visités facilement par nos collègues, et nous pourvoirons nous-mêmes aux frais de leur logement et de leur nourriture; seulement, il sera bien entendu que M. Desprès usera seulement des toniques et de tout le confortable qu'il voudra, moi seulement des injections; je laisserai même de côté le confortable.

Je n'insisterai pas sur la critique faite par M. Desprès à la statistique comparative des deux services de Lourcine, le sien et le mien, statistique que j'ai présentée dans la dernière séance, et qui porte sur nos malades de 1867; qu'il me suffise de dire : 1° que les chiffres de cette statistique ont, j'en suis certain, été pris avec le plus grand soin par un de mes élèves dévoués; 2° que les nouveau-nés dont il parle ne sont pas compris dans le nombre de mes malades comme il le dit; 3° que ma statistique comparative ne porte que sur onze mois, et celle de M. Desprès sur douze; 4° enfin, qu'il n'y avait pas dans les récidivées de M. Desprès la femme dont il a cité le nom et qui, à son dire, aurait été atteinte de chancre mou. Car j'ai à ma disposition non-seulement des chiffres, mais les noms, les âges, les

professions. De plus, les pancartes de toutes les femmes comprises dans les récidives de M. Desprès portaient toutes le diagnostic syphilis.

M. Desprès veut encore aujourd'hui, malgré la critique que je lui ai opposée, que le nombre des récidives chez les sujets traités par les préparations mercurielles soit toujours plus considérable que le nombre des récidives chez les sujets traités par les toniques.

Mais, dans la dernière séance, je disais qu'à cette époque il y avait dans le service de M. Fournier, à Lourcine, sept malades qui avaient été traitées pour la syphilis chez M. Desprès; or cette semaine il en est rentré encore deux autres, ce qui porte le chiffre à neuf. J'ajoute que, pour bien m'assurer de la réalité de ces récidives, j'ai prié l'élève qui m'avait fourni ces renseignements de s'assurer de nouveau s'il ne se serait pas trompé. Il a revu et interrogé les femmes dont il m'avait donné le nom, a été visiter les registres de l'hôpital, et le nombre des récidives de notre collègue n'a pas diminué pour cela. Quelle valeur attacher alors à la statistique de l'an dernier de M. Desprès, statistique qui donne 9 pour 100 de récidives, alors que dans le moment actuel seulement il y a dans les salles voisines des siennes neuf malades récidivées? M. Fournier, du reste, m'a fait offrir pour la discussion toutes les observations des malades de son service; parmi celles-ci, j'en trouverais, m'a-t-on dit, un très grand nombre qui avaient été traitées par les toniques avant d'être traitées par le protoiodure; dans le cas où la société ne serait pas suffisamment éclairée sur le point en question, j'accepterais l'offre de mon collègue.

J'arrive à la critique faite par M. Desprès aux injections hypodermiques de sublimé à petites doses. Tout d'abord, M. Desprès nie que mes malades augmentent d'embonpoint sous l'influence de mon traitement. Pour toute réponse, je prierai M. Desprès de vérifier par lui-même mes résultats. Par cela même qu'ils sont basés sur le nombre considérable de 74 pesées, ils me paraissent être à l'abri de tout doute.

Du reste, on le sait, l'embonpoint déterminé par le système du sublimé n'a pas été seulement constaté sur des sujets atteints de syphilis, mais sur des sujets sains qui, pendant leur séjour à l'hôpital, ont augmenté de plus de 3 kil. Il a été constaté aussi sur des lapins, qui évidemment n'avaient pas la syphilis. Quelles preuves plus convaincantes faut-il donc à M. Desprès? A la vérité, au sujet des lapins, M. Desprès m'a fait à la dernière séance une objection à laquelle j'ai oublié de répondre. Les deux animaux que j'ai présentés

à la société, a-t-il dit, étaient en voie de développement, et leur augmentation de poids n'a été que le résultat de l'augmentation progressive et naturelle de leurs corps. Je l'avoue, je ne savais pas leur âge ; mais je dois dire seulement que j'avais bien recommandé à la personne qui devait m'acheter ces lapins de les prendre aussi volumineux que possible. En tout cas, la quantité de graisse que contenaient le péritoine et le tissu cellulaire périnéphrétique était la preuve incontestable, du moins, que le mercure n'avait pas provoqué leur dépérissement.

Mais M. Desprès doit se rappeler que deux autres lapins ont été pris par moi en expérience; ceux-là provenaient d'une même portée et étaient venus au monde dans l'hôpital même. Ils ont été d'abord pesés, puis l'un a été mis aux injections de 1 mill., l'autre n'a pas reçu d'injections; tous deux ont vécu pendant l'expérience dans la même case, ont pris la même nourriture. Or, au bout de vingt jours, celui qui avait été mis aux injections avait augmenté, par rapport à l'autre, de 100 grammes.

M. Desprès revient ensuite à nouveau à son petit calcul critique de mes pesées, et trouve que je n'ai pas répondu suffisamment à son objection dans la dernière séance. Mais cette critique est tellement peu fondée, que vraiment je n'ose m'y arrêter, craignant d'abuser des moments si précieux de la Société. J'ai dit qu'un malade mis aux toniques gagnait en moyenne moins qu'un malade mis aux injections seules de sublimé, et qu'un malade mis à la fois aux injections de sublimé et aux toniques gagnait plus qu'un malade mis exclusivement aux injections de sublimé.

Or, M. Desprès m'objecte que le poids moyen des sujets mis aux injections et aux toniques devrait représenter le total du poids moyen des sujets mis aux toniques et des sujets mis aux injections. Mais je n'ai qu'à répéter ici ce que j'ai dit dans la dernière séance. N'avons-nous pas affaire à des organismes différents influencés d'une façon variable par le médicament qui leur est donné? N'avons-nous pas affaire à des sujets qui sont demeurés un nombre de jours variable à l'hôpital, qui ont reçu un nombre variable d'injections? Comment dès lors arriver à des équations telles que les désire M. Desprès?

M. Desprès trouve encore mes résultats en contradiction quand je constate d'une part que le protoiodure de mercure fait maigrir, d'autre part que les injections de sublimé augmentent l'embonpoint. Mais c'est précisément là le plus important de mes recherches, en ce qu'elles démontrent que le mercure agit sur l'organisme d'une façon différente suivant la quantité absorbée. Sans doute, la dose de

0,10 cent. de protoiodure, comme on la donne, est dénutritive; à cette dose le mercure dénourrit tout, et les tissus sains et les productions hyperplasiques; quand M. Sée a émis le premier cette idée, il a eu complétement raison. Mes pesées viennent confirmer de la manière la plut nette son opinion. Le sujet que je vous ai présenté vient aussi à son appui. Avec les fortes doses que j'ai données au début du traitement, ce sujet a notablement maigri.

Mais le mercure à faible dose a une action bien différente; tout en dénourrissant, il contribue à nourrir; les pesées et les analyses d'urine de M. Byasson, mes propres pesées le prouvent, la suite de l'observation de mon sujet le prouve aussi. En effet, j'ai chez celui-ci cessé les fortes doses au moment où les accidents périphériques étaient notablement amendés, et leur ai substitué ma dose habituelle de 0,004. Or, peu de temps après, ce sujet a augmenté de poids et il continue à augmenter. Après l'avoir dénourri, je le répare, et cela en excitant les phénomènes d'assimilation nutritive par de faibles doses du sublimé, sans augmenter même son régime habituel de l'hôpital, sans employer non plus de bains. M. Desprès s'étonne de ces résultats si opposés obtenus par un même médicament. Faut-il rappeler encore ici, pour ne citer qu'un exemple qui ne me fasse pas sortir du domaine de la syphilis, que l'iodure de potassium présente les mêmes particularités que le mercure? A la dose de 20, 30 cent., c'est un tonique; à la dose de 1, 2, 3 grammes, c'est un dénutritif, et c'est précisément en vertu de cette propriété qu'il favorise la résorbtion des productions hyperplasiques tertiaires, de même que le mercure, qui a de plus l'avantage sur l'iodure de potassium de résorber avec plus de facilité que lui les productions hyperplasiques secondaires.

J'arrive à un genre d'objections auxquelles, je l'avoue, je n'avais guère lieu de m'attendre, vous ayant rapporté, dans la dernière séance, quatre critiques différentes que M. Desprès avait déjà adressées à ma solution de sublimé, depuis que je pratique la méthode des injections, et de plus, ayant refuté toutes ces critiques, je ne croyais guère qu'aujourd'hui j'aurais à en réfuter une cinquième. M. Desprès donc, qui, mercredi dernier, méconnaissait que le sublimé à petites doses était parfaitement soluble dans l'eau, vient aujourd'hui nous montrer, les réactifs en main, que ma solution n'est pas une solution de sublimé, comme je le crois; si j'ai bien compris, le chlorhydrate de morphine en contact avec le sublimé donnerait lieu à un corps nouveau que M. Desprès ne connaît pas, mais qui, à coup sûr, priverait le liquide de mes injections de l'agent que je

crois si puissant dans le traitement de la syphilis. Il traite devant nous la liqueur de Van Swiéten par l'iodure de potassium, et il produit une coloration rouge ; il traite ensuite ma solution par l'iodure de potassium, et il produit au contraire une coloration jaune. Mais M. Desprès oublie qu'une cuillerée de liqueur de Van Swiéten, c'est-à-dire 15 grammes, contient presque autant de sublimé que 80 grammes environ de ma solution. Il était bien facile de faire une expérience plus convaincante que celle-là : c'était de faire deux solutions égales de sublimé, et de mettre du chlorhydrate de morphine dans l'une, d'en priver l'autre, et de traiter alors chaque solution par l'iodure de potassium.

Je n'ai pas fait cette expérience ; si M. Desprès la réussit, il pourra peut-être trouver un nouveau composé inconnu jusqu'ici ; mais il n'en restera pas moins ce fait, que la solution, telle que je l'injecte dans le traitement de la syphilis, a une efficacité incontestable.

M. Desprès m'objecte encore que le sublimé, introduit dans le système circulatoire d'un animal, produit dans un temps extrêmement court la salivation, et que si c'était bien du sublimé que j'injecte, je devrais obtenir le même résultat; mais M. Desprès a-t-il fait cette expérience, pour émettre une semblable assertion ? Si d'autres que lui l'ont faite, sait-il la dose de sublimé qu'on a injectée? Du reste, M. Desprès doit savoir, sinon par sa propre expérience, du moins par l'expérience d'autrui, que la liqueur de Van Swiéten, malgré la dose de sublimé qu'elle renferme, ne donne pas nécessairement la solution.

Or, je ne comprends pas cette persistance de M. Desprès à ne point vouloir que j'injecte du sublimé à mes malades, et à persister à croire qu'ils guérissent simplement par de l'eau pure que je pousserais dans le tissu cellulaire.

Pourquoi alors M. Desprès n'accepte-t-il pas la proposition que je lui ai faite de mettre en parallèle ses malades traités par les toniques et les miens traités par l'eau ? Messieurs, les effets du sublimé injecté à petite dose sont trop certains dans la syphilis pour qu'on vienne leur opposer de pareilles objections; les services que cette méthode appliquée à cette affection me paraît devoir rendre à la science et à l'humanité sont trop importants pour que je ne m'efforce pas de dissiper tous les doutes que pourrait faire naître le langage de mon adversaire.

Jusqu'ici le nombre des malades que j'ai traités par les injections dépasse le chiffre de 300, et tous ceux qui ont consenti à poursuivre leur traitement, c'est-à-dire à demeurer à l'hôpital au plus 50 à 60

jours, sont sortis guéris de leurs accidents, à part deux sujets atteints d'une forme contre laquelle le sublimé me parut insuffisant, la forme ulcéreuse. De plus, je vous ai cité des exemples qui prouvent qu'en augmentant les doses de sublimé on peut, presqu'à volonté, raccourcir le traitement, et en outre combattre avec de grands avantages, et cela dans un temps rapide, des accidents graves qui menacent la fonction d'un organe ou d'un appareil. Seulement, je le répète, sous un point de vue général, on ne doit pas perdre de vue que, plus les sujets guérissent vite plus ils sont exposés aux récidives. Je ne serai assurément pas toujours aussi heureux que je l'ai été; je suis du reste encore loin d'avoir traité par les injections toutes les formes de la syphilis : je ne puis pas, par conséquent, parler de celles qui n'ont pas été soumises à mon observation. Mais je tiens au moins à établir que les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici avec la méthode hypodermique, et surtout ceux qu'a acquis avant moi G. Lewen, sont de sûrs garants des services que cette méthode est appelée à rendre. Je tiens aussi à montrer que les objections de M. Desprès sont incapables d'atténuer même la valeur de ces résultats.

Je ne m'arrêterai qu'un court instant sur la divergence d'opinion qui existe entre M. Desprès et moi touchant la pathogénie de la syphilis, m'étant arrêté déjà longuement sur ce point dans la dernière séance. Sans doute, le virus syphilitique a été considéré de tout temps comme étant constitué par des principes anormaux qui, pénétrant dans l'organisme, concourent à son infection. Mais, au lieu de considérer dans l'organisme syphilisé ces principes comme radicalement distincts de ceux du sang, ainsi que le faisaient les anciens, les modernes, et à leur tête M. Robin, leur attribuent à juste titre le rôle de faire subir aux principes azotés du sang, par action de contact, des modifications isomériques en vertu desquelles leur état moléculaire s'identifie avec l'état moléculaire des premiers. Ces modifications une fois commencées, après la pénétration dans l'organisme d'une petite quantité de matière virulente, continuent à se réaliser de proche en proche dans la masse sanguine, et bientôt il en résulte que le liquide nourricier ne fournit plus aux tissus que des matériaux quaternaires, anormaux pour ainsi dire. D'après les idées que j'ai émises, c'est cette sorte d'altération du sang qui trouble les phénomènes nutritifs au point d'amener dans certains tissus une aberration de nutrition, se traduisant par des productions hyperplasiques.

Les divers traitements dirigés contre la syphilis ne doivent donc

pas tendre à éliminer un virus qui n'existe pas, mais à changer l'état du sang contaminé par des principes virulents. Et, pour atteindre ce but, ces traitements ne peuvent agir, à mon sens, que sur les actes nutritifs eux-mêmes. L'expérience et l'observation, en effet, m'ont conduit à reconnaître que le sublimé à petite dose suractivait et l'assimilation et la désassimilation nutritives; il favorise par conséquent l'apport dans les tissus de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens; de là une rénovation dans un temps relativement court des tissus et du sang; de là la guérison de la syphilis.

Comment, du reste, agiraient les toniques quand toutefois le traitement local a fait disparaître les accidents secondaires, sinon de la manière que je viens d'indiquer?

M. PANAS. Ayant eu comme mes collègues l'occasion d'observer longuement la syphilis, je tiens à joindre ma protestation à la leur. Une base d'appréciation fondée sur la fréquence relative des récidives serait bonne si une telle statistique pouvait être exacte; malheureusement elle ne l'est pas.

J'aurais été heureux de prendre cette base pour point de départ; mais ni au Midi, ni à Lourcine, ni même dans la clientèle civile à Paris, cela n'est pas possible. Pour savoir si un malade a une récidive, il faut pouvoir le suivre pendant de longues années, car cette récidive peut ne survenir que dans cinq ou dix ans. Ce n'est que dans de petites localités, là où tout le monde se connaît, et par conséquent aussi sur un fort petit nombre de malades, que de pareils renseignements peuvent être obtenus. Prendre pour arguments la fréquence ou la rareté des récidives, c'est s'appuyer sur une erreur, et cette erreur est formidable lorsque, ainsi que le fait M. Desprès, on ne s'appuie que sur des chiffres se rapportant à des malades venant librement réclamer des soins à l'hôpital et pouvant, en cas de récidive, ou ne pas s'y présenter, ou se faire admettre dans d'autres hôpitaux.

Mais, si nous ne pouvons suivre les malades, connaître les récidives, nous pouvons suivre la marche des accidents chez les malades que nous traitons; c'est là la base solide de toute observation de cette nature. Or, nous avons tous vu non-seulement que l'administration des mercuriaux modifiait cette marche, mais que la rapidité des modifications obtenues dépendait de l'agent thérapeutique auquel nous avions recours et de la manière de l'employer.

M. DESPRÈS. Je répondrai collectivement à MM. Trélat, Le Fort et Panas que du moment où l'on compte comparativement des malades

observés dans les mêmes conditions dans une proportion égale dans deux séries parallèles, c'est comme si l'on comparait deux lignes parallèles dans une certaine étendue de leur longueur. Bien que ces lignes soient infinies, on peut néanmoins, en effet, établir leurs propriétés l'une par rapport à l'autre, sans qu'il soit besoin de les avoir tout entières.

Je répondrai à M. Liégeois pour ce qui est des malades en récidive observées chez M. Fournier, que 3 des 7 malades dont il a parlé ne doivent pas compter. Une a été chassée de mon service pour troubles dans sa salle et n'a été traitée que quelques jours par moi. Une n'avait pas la syphilis dans mon service, au point même que, pour cette malade, M. Fournier a porté le diagnostic : chancre, accident primitif. Une qui avait de la syphilis dans mon service n'a, chez mon collègue, aucun accident syphilitique, elle a seulement les restes d'une gale ancienne, du prurigo et quelques pustules d'ecthyma ; elle est d'ailleurs enceinte de huit mois et supporte très-bien sa grossesse. M. Fournier a dans son service de mes anciennes malades comme j'en ai des siennes. Je n'avais pas répondu à M. Liégeois sur ce point, ne voulant pas redresser des erreurs matérielles qu'il doit aux personnes qu'il a chargées de prendre des renseignements.

M. Liégeois m'a proposé de traiter des malades par les toniques et de les comparer à ceux qu'il traitait par les injections. J'ai accepté ; seulement M. Liégeois ne voudrait pas que je cautérisasse les plaques muqueuses et les altérations et que je donnasse des bains. Or, ce traitement est celui que j'emploie à Lourcine et avec lequel j'obtiens de bons résultats. Vous voyez que c'est de la part de M. Liégeois que vient l'obstacle à l'expérience. Il me dit encore que je devrais traiter les malades par le mercure ; je n'ai pas besoin de cela. J'ai, pour comparer, les malades traités par le mercure qui viennent dans mon service.

M. LARREY. M. Desprès a-t-il la certitude que ses malades ne prenaient pas de mercure à son insu? Alors que Desruelles et Devergie aîné avaient comme M. Desprès recours à l'abstention, bon nombre de leurs malades, inquiets d'être traités par la diète seule, prenaient souvent du mercure en cachette ; ils guérissaient, et Desruelles, comme Devergie, croyait avec une entière bonne foi les avoir guéris sans leur avoir donné de mercure.

M. DESPRÈS. Il est facile à Lourcine de savoir que les malades ne prennent pas de mercure. Outre qu'il leur serait difficile de s'en procurer, la plupart viennent précisément dans mon service afin de ne pas en prendre, car il y a quatre ans que je suis à Lourcine, et

mes opinions sur les dangers du traitement mercuriel sont connues dans un certain public.

M. FORGET. En demandant la parole mon intention n'est pas de rentrer dans une discussion qui paraît avoir suffisamment édifié la Société sur la valeur de la doctrine et les faits produits par notre collègue M. Després.

Je me bornerai à faire remarquer d'une manière générale le peu de solidité de ces faits, qui ne comprennent que les accidents primitifs de la syphilis, et leur insuffisance à pouvoir servir de base à la doctrine thérapeutique qui proscrit l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole.

Je ne conteste pas qu'à l'aide du régime tonique ayant pour auxiliaire les bains et surtout la cautérisation des surfaces ulcérées, M. Després ne parvienne à faire disparaître certaines lésions anatomiques qui caractérisent la vérole récente, et n'existent encore, pour ainsi dire, qu'à fleur de peau dans l'économie.

Ce que M. Després obtient, tous ceux qui, bien avant lui, ont eu la prétention de guérir la syphilis sans mercure l'ont obtenu également.

Mais à côté et au delà de ces accidents du début de la syphilis, il ne faut pas oublier que cette maladie n'entache pas seulement l'organisme à l'heure où vous l'observez; que lente et insidieuse dans ses manifestations tardives, elle compromet l'organisme à une époque éloignée de son début; qu'elle se transmet par voie d'hérédité dans une descendance très-reculée, non plus avec sa caractéristique originelle, mais transformée et donnant lieu à la scrofule, à la tuberculose et à des néoplasmes variés qui envahissent les systèmes glandulaires et les tissus fibreux et osseux; toutes manifestations qui témoignent de l'imprégnation profonde de l'économie par le principe morbide; or, en présence de ces produits tardifs de la syphilis, il faut une foi robuste pour rejeter à l'origine de la maladie un agent thérapeutique que l'expérience des plus grands praticiens a accepté comme ayant le pouvoir, dans la plupart des cas, lorsqu'il a été bien administré, de préserver des funestes résultats que je viens de rappeler.

Il faut, je le répète, une foi bien robuste pour rompre ainsi avec la tradition des maîtres, qui ont puisé dans une observation prolongée, l'enseignement qu'ils nous ont transmis.

C'est, à mon sens, une chose très-grave, que de remettre ainsi en question des vérités thérapeutiques universellement acceptées, surtout quand il s'agit d'une affection qui, mal attaquée à son début,

peut avoir les conséquences les plus funestes non-seulement pour l'individu, mais encore pour l'espèce.

Avant de chercher à démolir un système de traitement mercuriel qui, sagement conduit, est, dans ma conviction, d'une efficacité incontestable, démontrez-nous son impuissance préservatrice, et faites au même point de vue la preuve de la supériorité curative du traitement que vous proposez.

Tant que vous ne l'aurez pas faite, la Société de chirurgie dont les faits et gestes fixent au plus haut point l'attention des praticiens, trouvera dans son sein des voix autorisées pour repousser la thérapeutique que l'on propose, et que pour ma part je considère comme l'inspiration d'une témérité dangereuse.

La clôture de la discussion, mise aux voix, est votée à la presque unanimité.

LECTURE

M. Krishaber lit un mémoire sur la laryngotomie thyroïdienne appliquée à l'extirpation d'un polype situé dans le ventricule du larynx.

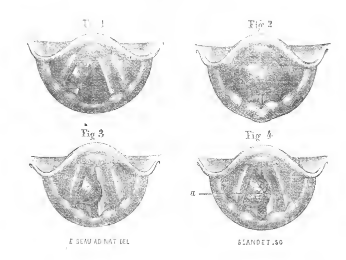
Polype du ventricule du larynx. — Ablation après section du cartilage thyroïde. — Guérison avec conservation intégrale de la voix. — Le 2 décembre 1868, se présenta chez moi, de la part de M. le docteur Ruffey, son médecin, M. Ch. B..., courtier en vins, âgé de 38 ans, demeurant à Paris.

Ch. B... a la voix rauque et la respiratlon bruyante; il est souvent pris d'accès de toux convulsive et éprouve une sensation de gêne qu'il ne peut définir. Son teint est pâle, sa figure maigre; l'aspect général dénote une souffrance continue et offre l'expression particulière d'une hématose incomplète.

Pendant le récit que me fait M. B..., je remarque que la parole est entrecoupée à la fin de chaque phrase par des inspirations longues et entendues à distance. Au repos, M. B... dit ne pas ressentir de gêne respiratoire en dehors des moments qui suivent les accès de toux; il n'en n'est pas de même lorsqu'il fait quelques mouvements rapides : dès qu'il monte l'escalier ou qu'il fait une course quelque peu forcée, il éprouve du malaise, est pris de palpitations et d'accès de toux qui le forcent à s'arrêter.

L'examen laryngoscopique fait reconnaître un polype isolé situé au niveau de l'attache antérieure des vraies cordes vocales, de façon à recouvrir une partie du ruban vocal du côté droit.

Ce premier examen est fait pendant l'inspiration la plus forte que puisse exécuter le patient. (Voyez fig. 1.) Mais la tumeur se présente d'une façon très-différente, suivant les divers mouvements exécutés avec les lèvres de la glotte. Dans la profonde inspiration, elle semble s'effacer, et on n'en aperçoit que la grosseur d'environ un pois, à contours irrégulièrement ovoïdes; la grosse extrémité tournée en arrière, vers la glotte inter-aryténoïdienne.

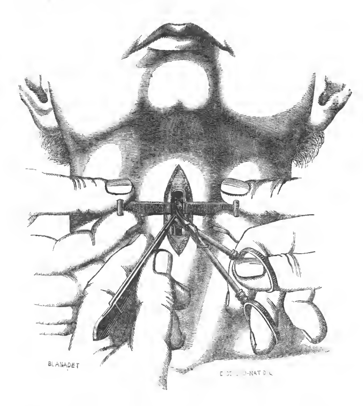


Si le malade essaye d'émettre un son (du registre de la parole ordinaire), la tumeur grossit notablement, et recouvre alors les deux tiers de la corde vocale droite, et environ un quart de la corde vocale du côté opposé. (Voy. fig. 3.)

Si ensuite on engage le patient à simuler une note aiguë, la tumeur s'allonge en recouvrant la plus grande partie des lèvres de la glotte. Sa forme se rapproche de celle d'une massue légèrement étranglée, au-dessous de son extrémité renflée (V. fig. 2); le son est très-rauque, et l'inspiration faite immédiatement après ce dernier mode d'examen est plus bruyante et plus oppressée qu'à l'ordinaire.

La tumeur, quand elle tendait à reparaître pendant l'inspiration, se cachait dans le ventricule de Morgagni du côté droit. Elle était d'un gris sale sur certains points, complétement blanche sur d'autres.

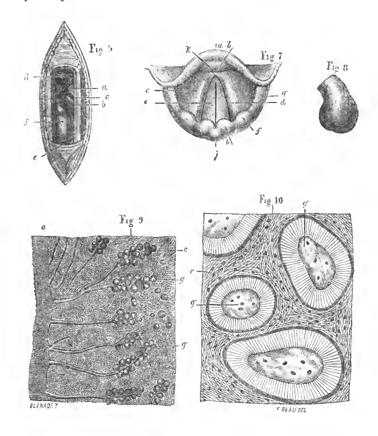
Toutes les tentatives d'extraction par arrachement, d'écrasement ou de destruction par cautérisation sur place, restèrent infructueuses à cause du mode d'implantation du polype. La tumeur fut érodée (Voy. fig. 4), mais non détruite.



M. Krishaber après 65 jours d'essais réitérés, se décida enfin à faire l'ablation de la tumeur par voies artificielles. Il fit la section du cartilage tyroïde à sa partie moyenne; il pénétra avec une pince dans le ventricule de Morgagni et coupa le polype à sa racine. (Voy. fig. 5 et 6, qui représentent le moment de l'opération.)

Le polype est représenté par la figure 8. Son examen microscopique, fait par M. Ramoir, par les figures 9 et 10. (Fibrome contenant un certain nombre de glandes.)

Le malade était complétement guéri le 35e jour après l'opération. La voix est normale, sa santé générale s'est rétablie rapidement. La figure 7 représente le larynx normal, examiné le 41e jour après l'opération.



Voici les conclusions de M. Krishaber :

1° Il est des cas de polypes du larynx dans lesquels la destruction et l'extirpation par les voies naturelles deviennent impossibles; dans ces cas, on peut ouvrir le larynx directement, obtenir sa cicatrisation complète et la guérison du malade.

2° Le choix du mode opératoire dépendra de la nature de la tu-

meur et de sa structure. L'ouverture du larynx peut être pratiquée sur les membranes du larynx ou sur un des cartilages.

3° Dans les cas où le polype est implanté dans le ventricule de Morgagni, la section doit porter sur le cartilage thyroïde.

L'écartement que l'on obtient ainsi est suffisant pour l'extraction d'un polype même volumineux, sans section des membranes thyxo-hyoïdienne et crixo-thyxoïdienne.

La section de ce cartilage peut être faite en ménageant les cordes vocales et la voix reste alors intacte. L'ossification présumée du cartilage n'est pas une contre-indication, quoiqu'elle retarde la cicatrisation.

4° La laryngotomie, qui consiste dans la section en masse de tout le corps du larynx, membranes et cartilages, telle qu'elle a été exécutée un certain nombre de fois, doit être rejetée.

Lorsque, au moyen du laryngoscope, on a constaté le siége exact de la tumeur, il suffit d'ouvrir le larynx sur ce siége exact.

5° De tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour l'extraction des polypes, l'opération dont je viens de donner l'histoire est celle dans laquelle l'incision du larynx est la *moins étendue*. C'est à ce procédé que j'attribue la guérison du malade.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1869

Présidence de M. LAGNEAU

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux suivants :

Gazette médicale de l'Algérie, Union médicale, Gazette des Hôpitaux, Gazette hebdomadaire, Revue d'Hydrologie médicale, Sud médical de Marseille, Journal de médecine de l'Ouest, Bulletin de thérapeutique.

— *Bulletin de la Société médicalè de Reims.*

— *Statistiske Resultater stottede til* 3000 *paa Fodselsstiftelsen i Christiania undersogte srangre og Fodende samt Born, par MM. Faye et Vogt, de Christiania.*

COMMUNICATION

M. Prestat (de Pontoise), membre correspondant, communique à la Société le fait suivant :

Plaie du larynx. — Suture de la plaie laryngienne. — Guérison par première intention. — M. PRESTAT. Je fus appelé, il y a environ huit ans, auprès du nommé Flavet (André), cultivateur à Puyseux-les-Pontoise, qui venait de se couper la gorge.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, atteint d'une affection rhumatismale chronique de la jambe droite, et depuis un an hors d'état de travailler, en avait conçu un vif chagrin; il fut, du moment où il perdit l'espoir de guérir, en proie à des accès d'hypocondrie avec tendance au suicide. Il avait déjà fait deux tentatives déjouées par la surveillance de sa femme. Ce matin-là, profitant d'une courte absence de celle-ci, il se porta, à la partie antérieure du cou, un coup de rasoir qui lui fit une large et profonde plaie et amena une hémorrhagie abondante, probablement plus veineuse qu'artérielle, car elle s'arrêta spontanément.

J'arrivai auprès de Flanet, environ une heure et demie après la tentative de suicide, et je le trouvai dans l'état suivant :

Le malade était couché, la partie supérieure du tronc et la tête soutenus par des oreillers, la face pâle, anxieuse, le pouls faible.

Une large plaie transversale s'étendait d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre, et laissait voir l'intérieur du larynx divisé dans toute sa largeur au niveau du tiers supérieur du cartilage thyroïde. Le rasoir avait passé immédiatement au-dessus des cordes vocales supérieures sans les blesser, laissant intacte la glotte. La paroi postérieure du larynx était indemne. Lorsqu'on relevait la tête, l'air passait par la plaie et la voix ne se formait pas. Si on baissait la tête, les deux lèvres de la plaie du larynx s'affrontaient exactement, la respiration s'exécutait facilement et la voix se produisait, seulement son timbre était très-sourd.

Dans le côté gauche de la plaie cutanée, on voyait battre l'artère thyroïde supérieure, complétement isolée sur une étendue de trois centimètres.

Je pensai que si l'on pouvait obtenir la réunion immédiate et exacte de la plaie du larynx, ce serait un très-grand avantage pour le blessé, et je me résolus d'affronter, aussi exactement que possible, les deux bords de la plaie laryngienne. Je me décidai, après m'être assuré à plusieurs reprises que la respiration était facile, les deux parties du larynx étant maintenues rapprochées pendant plusieurs minutes, à pratiquer la suture de cette plaie, encouragé que j'étais par la certitude que me donnait la vue du cartilage thyroïde, qui n'était pas encore ossifié.

Après un nettoyage très exact de la plaie, une aiguille garnie d'un double fil ciré traversa, poussée par une pince porte-aiguille, d'abord, la partie gauche du cartilage thyroïde, à un demi-centimètre au-dessus de la plaie, de dehors en dedans, et ressortit dans la plaie entre le cartilage et la membrane muqueuse laryngienne dans le tissu sous-muqueux qui était plus lâche que je ne l'aurais pensé. Puis je passai la même aiguille de dedans en dehors et de bas en haut dans le fragment supérieur du cartilage. J'éprouvai plus de difficulté pour cette seconde partie de l'opération que pour la première, mais je réussis à ne pas blesser la muqueuse laryngienne.

Un fil double fut placé de même sur le côté du larynx avec les mêmes précautions. Il me fallut près de dix minutes pour bien placer mes deux points de suture, mal aidé que j'étais par les parents du malade, gêné par les secousses de toux du blessé, et forcé par sa faiblesse de le laisser reposer. Il me fut ensuite facile de rapprocher les deux lèvres de la plaie du larynx et de nouer mes deux sutures par un nœud double.

L'artère thyroïdienne, crainte de la voir s'ulcérer, fut liée près du larynx et à sa sortie du fond de la plaie, et coupée entre les deux ligatures.

Au bout d'un quart d'heure, voyant que la respiration se faisait régulièrement, qu'il n'y avait pas de toux et que l'air ne passait pas par la plaie (je m'en assurai en approchant de la suture du larynx une allumette enflammée). Je réunis la plaie cutanée par quatre points de suture séparés, entre lesquels je laissai passer les bouts de ma suture laryngienne et de mes ligatures. La plaie fut recouverte d'une simple compresse imbibée d'huile.

La tête fut maintenue fléchie en avant par deux compresses longuettes fixées au bonnet du malade d'un bout et de l'autre à un bandage du corps.

Je recommandai le silence, le repos absolu, permettant quelques boissons et un peu de bouillon.

Au bout de quelques heures, je revis Flanet et je constatai avec plaisir que la respiration continuait à être facile, qu'il n'y avait pas de toux et qu'il ne s'était pas produit d'emphysème, accident que je redoutais. En outre, à la condition de boire lentement, la déglutition était facile.

Une potion calmante procura la nuit suivante un sommeil assez calme, quoique interrompu.

Les jours suivants se passèrent sans accidents. Il était possible à Flanet de parler sans douleur, mais sa voix était sourde. La réunion de la plaie cutanée se faisait immédiatement, sauf sur le trajet des ligatures et des sutures laryngiennes. Le malade était nourri d'aliments liquides, tapioca, lait, chocolat.

Le sixième jour, j'enlevai les points de la suture cutanée qui, sauf le passage des fils de la suture profonde, était tout à fait réunie. Les ligatures artérielles s'était détachées la veille.

Le dixième jour, je coupai au-dessous du nœud un des côtés de la suture gauche du larynx et la retirai avec facilité. Celui du côté droit fut plus difficile à enlever. La peau ne laissait qu'une très-petite ouverture, par où il m'était impossible de passer le bout de ciseaux, même très-fins, et le malade ne voulait pas consentir à laisser agrandir l'ouverture. Enfin, le seizième jour, en tirant sur le fil, je pus faire saillir le nœud hors la peau et je coupai un des côtés au-dessous du nœud.

Pendant tout le temps que ces points de suture profonds étaient restés en place, ils n'avaient déterminé aucun accident du côté du larynx. Il n'y avait que de rares secousses de toux.

Le malade reprit ses forces assez rapidement, grâce à une nourriture plus substantielle que celle de premiers jours, et au bout de trois semaines, il était complétement guéri, sauf un petit point fistuleux correspondant au passage de la suture laryngienne droite, par lequel s'échappait un peu de pus. Le trente-troisième jour, un petit anneau osseux, très-mince, de deux à trois millimètres de diamètre sortit par cette fistule, qui se cicatrisa presque aussitôt. Ce petit anneau osseux était dû à une nécrose du cartilage sur le trajet de la suture.

Pendant les trois ans qu'il survécut, j'ai eu occasion de revoir plusieurs fois Flanet. Il n'avait conservé de sa blessure qu'une diminution du timbre de la voix, qui était voilée. Il n'y avait aucune tendance à la toux. Il succomba à une affection intestinale, par conséquent tout à fait étrangère à la plaie pour laquelle je l'ai soigné.

Parmi les réflexions que suggère cette observation, je noterai

d'abord que la netteté de la section du larynx et la facile coaptation qui en était la conséquence, étaient très-favorables à l'emploi de la suture. Toute plaie contuse, à bords éraillés, mâchés seraient, par le gonflement considérable et l'inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale qu'ils amèneraient, une contre-indication à ce genre de pansement.

La laxité du tissu cellulaire sous-muqueux m'a permis de passer facilement les aiguilles sans blesser la membrane muqueuse. Puis, j'ai été frappé de l'inocuité de cette suture qui, sauf une nécrose d'une petite portion du cartilage, n'a donné aucun accident du côté des voies respiratoires. Je ne parlerai pas d'un peu de toux; elle peut être plus justement attribuée à la plaie elle-même.

En provoquant la réunion immédiate de la plaie, la suture du cartilage thyroïde, a mis le blessé à l'abri des accidents que peuvent amener la suppuration de la plaie laryngienne, et notamment du rétrécissement ou de l'oblitération du larynx. Elle a eu aussi cet heureux résultat que, sauf un peu de raucité, la voix a été assez bien conservée pour que le blessé pût se faire entendre à plusieurs mètres.

Malgré tous ses avantages, la suture de la partie superficielle de la plaie a été fortement controversée et pendant longtemps repoussée par la plupart des chirurgiens. Elle m'a donné un très-bon résultat, et l'exacte coaptation des deux parties du larynx ayant mis mon blessé à l'abri de l'emphysème, je trouvais dans la suppression de la suppuration de cette plaie de grands avantages, et j'ai été assez heureux pour les recueillir.

Je pense que ce fait est de nature à encourager, en pareil cas, les chirurgiens à avoir recours à la suture de cartilages laryngiens, et même à tenter celle des parties molles, dût-on, s'il se manifestait un commencement d'emphysème, couper les fils de cette dernière.

M. GUYON. La suture du larynx ne paraît pas devoir être d'aucun avantage quant à la facilité et à l'intégrité ultérieures de la parole. Dans sa communication à la fin de la dernière séance, M. Krishaber nous citait un cas de section complète, mais il est vrai chirurgicale du larynx, il ne fit pas de suture et aussitôt le malade put émettre des sons. La suture n'aurait donc d'autre résultat que celui de permettre une cicatrisation plus rapide. Toutefois si le fait de M. Prestat est encourageant, il en est d'autres qui le sont beaucoup moins et l'on peut encore, par la suture de la peau, ajouter aux dangers de la suture profonde.

M. PRESTAT. Ce fait diffère beaucoup de celui de M. Krishaber;

outre que la plaie était chirurgicale, la suture du larynx était verticale; dans mon observation la plaie était transversale. La suture prématurée de la peau présenterait des dangers, mais il ne faut la faire que lorsque le malade respire bien et je ne l'ai faite qu'une demi-heure après la suture profonde.

M. VERNEUIL. Si M. Prestat nous présente son observation comme une exception heureuse je n'ai rien à dire; mais si on voulait en faire la règle de conduite, je m'élèverais contre cette pratique; l'emphysème n'est pas le seul accident à redouter, on a à craindre des cas de suffocation subite et mortelle, et ceux-ci ne sont pas très-rares. Loin de fermer les plaies du larynx, il faut les abandonner à elles-mêmes et souvent les faire bailler.

M. DEMARQUAY. Je suis d'autant plus frappé du résultat obtenu par M. Prestat que je n'aurais pas cru que la suture eût pu suffire à amener la cicatrisation. J'aurais craint de plus un œdème sous-glottique, et bien qu'il n'y ait pas eu d'accidents, je n'oserais pas suivre la pratique de notre collègue. La suture de la peau me paraît surtout dangereuse, car l'emphysème, s'il survenait, pourrait n'être que le premier degré d'un phlegmon de la région antérieure du cou, et l'on sait combien, dans de pareils abcès, le pus a de la tendence à fuser dans la poitrine.

M. PRESTAT. Moi aussi j'ai été très-inquiet du résultat, j'ai passé les premières heures auprès de mon malade et ce n'est que 24 heures après que j'ai été rassuré.

M. GUYON communique à la Société le fait suivant observé dans son service de l'hôpital Necker et présente la malade à laSociété de chirurgie.

Luxation sous-coracoïdienne complète, datant de plus de trois mois. — Réduction. — Restitution de la forme et des mouvements. Observations recueillies par M. Reverdin, interne du service.

Augustine E..., âgée de 45 ans, entre le 20 avril 1869 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, nº 12, dans le service de M. le docteur Guyon. Cette femme était atteinte depuis Noël, d'une affection indéterminée souvent compliquée de délire. C'est pendant cette maladie que survint l'accident qui l'amène et dont elle n'a qu'un souvenir un peu confus. Elle raconte seulement que dans le courant de janvier dernier, vers le 15 environ, son beau-frère, en la soulevant dans son lit, lui releva violemment le bras gauche; elle y ressentit une douleur vive et un craquement.

Depuis cette époque, elle se plaignait de souffrir dans son bras, vers la partie inférieure du deltoïde : elle pouvait se servir de son membre pour coudre, pour tenir son balai, mais il lui était impossible d'élever la main ou de la porter en arrière du tronc; elle ne pouvait ni se peigner ni accrocher ses jupons; le médecin qui la soignait lui fit faire des frictions avec diverses pommades, lui prescrivit des cataplasmes et lui appliqua un vésicatoire. Comme son état ne s'améliorait nullement, il lui conseilla d'aller à l'hôpital.

La malade se présente dans l'état suivant : le bras et l'avant-bras sont pendants le long du tronc; l'épaule est aplatie et on sent facilement une forte dépression au-dessous de l'acromion : la tête humérale s'est portée en dedans, au-dessous de l'apophyse coracoïde qui répond à peu près exactement à son axe vertical; par l'aisselle, on trouve cette tête très-élevée. En imprimant des mouvements au membre, on produit de gros craquements : on peut facilement imprimer ces mouvements dans tous les sens, mais ils sont plus bornés que du côté sain, et douloureux dès qu'ils sont un peu étendus. On peut cependant faire toucher le coude au tronc, mais il est impossible de porter la main sur la tête. La malade elle-même n'y parvient pas, et ne la porte pas mieux derrière son dos. Ceci paraît dû en partie au déplacement, en partie à l'atrophie très-notable du deltoïde et des autres muscles du bras.

Le diagnostic est ainsi posé : *luxation sous-coracoïdienne complète de l'humérus, datant de plus de trois mois : commencement de formation d'une nouvelle articulation, atrophie des muscles du segment luxé.* Le 22 avril, M. Guyon applique le nouvel appareil de MM. Robert et Colin; la malade est chloroformée; une traction de 85 kilogrammes, le bras dirigé en haut et en dehors, est exercée; cette traction paraissant suffisante, M. Robert détend brusquement l'appareil, pendant que M. Guyon repousse la tête dans sa cavité. La luxation est parfaitement réduite, et il ne s'est produit que quelques petites éraillures de la peau de l'aisselle. On enferme le bras dans une écharpe consolidée par quelques tours de bande.

Quelques douleurs assez vives dans l'épaule se déclarent deux heures après l'opération, mais le lendemain elles ont presque cessé, et il n'y a aucun gonflement.

Rien d'autre à noter que quelques fourmillements dans les doigts, pendant quelques jours.

Le 26 on enlève l'écharpe. Les mouvements communiqués sont faciles et ne donnent lieu à aucun craquement; mais la malade est aussi impotente qu'avant la réduction ; son bras est pendant, elle ne

peut détacher sa main et son avant-bras du lit ; les muscles refusent leur service.

Le 29 on commence à imprimer des mouvements au membre et à électriser les muscles tous les matins ; à partir du 6 mai la malade prend alternativement un bain sulfureux et une douche de vapeur.

Dès lors les mouvements reviennent graduellement, mais lentement ; on fait faire à la malade différents exercices et elle arrive peu à peu à porter la main à sa bouche, puis à son nez, puis sur sa tête. Elle quitte l'hôpital le 24 mai, sur sa demande ; elle peut assez facilement mettre la main sur sa tête, derrière son cou, derrière le dos. Elle fléchit l'avant-bras sans point d'appui ; elle lève les épaules ; tout cela sans beaucoup de force, mais sans douleur. La guérison n'est pas parfaite, mais le membre commence à rendre quelques services au lieu d'être une cause de gêne.

Le 1er juin la malade revient à la consultation ; elle nous dit qu'elle se peigne et s'habille seule ; malgré la cessation du traitement elle a évidemment gagné depuis son départ.

Aujourd'hui la Société de chirurgie peut s'assurer du bon état de la malade. La forme de l'épaule est normale, et la malade peut exécuter tous les mouvements, vaquer à tous les soins personnels qui lui sont nécessaires, et à ceux de son ménage. Les muscles ont repris leur force et leur volume.

La conduite tenue est donc justifiée par le résultat ; mais nous devons surtout dire que les indications étaient bien déterminées. Malgré le temps écoulé, *l'espèce de la luxation et sa variété* permettaient de faire des tentatives, l'état d'infirmité qui avait succédé à la luxation et la certitude de son aggravation ultérieure obligeaient à tenter la cure radicale. Nous savons que notre regretté maître Velpeau insistait sur les résultats que l'on peut obtenir par les mouvements sans réduction. — Nous pensons cependant que dans ce cas l'atrophie musculaire n'aurait été que bien incomplétement combattue sans réduction préalable. Il a fallu même après la réduction persister dans le traitement consécutif pour obtenir les résultats actuels. Décidé à agir dans les limites de la prudence, mais avec toute la puissance nécessaire, l'appareil dont nous avons parlé nous a paru devoir remplir les indications voulues, et nous avons eu l'occasion d'être surpris de la facilité relative avec laquelle la réduction a été obtenue.

M. DEMARQUAY explique, par ce fait que la luxation avait lieu chez une femme, la facilité de la réduction, puisqu'il n'a fallu employer qu'une force de 80 kilogrammes.

M. FORGET. S'il est plus facile de réduire une luxation ancienne de l'humérus chez la femme que chez l'homme, cela tient, suivant moi, à plusieurs causes.

Ainsi la plupart des individus qui offrent ces luxations anciennes, se livrent à des travaux qui exigent une action énergique des muscles; ils continuent à travailler avec leur pseudarthrose, les muscles du membre luxé ne perdent rien ainsi de leur nutrition et de leur développement, il en résulte qu'ils opposent une résistance plus grande, chez les hommes, aux manœuvres de réduction que chez les femmes où ils sont tous plus ou moins atrophiés.

Une autre raison à la difficulté de la réduction chez l'homme est l'organisation prompte et solide des liens articulaires qui fixent solidement les os dans leur position anormale.

Pour moi, dans la luxation ancienne il est démontré, par des autopsies, que les obstacles à la réduction se trouvent surtout dans l'existence des tissus fibreux de nouvelle formation, qui constituent l'articulation pathologique.

M. GIRALDÈS croit que M. Demarquay s'est trop avancé en émettant l'opinion que la facilité de la réduction tient à ce que la luxation était sur une femme.

M. GUYON. Si je me suis décidé à pratiquer la réduction, c'est que l'état du membre conduisait à une infirmité qui serait devenue incurable.

M. LARREY. L'appareil de MM. Robert et Collin, de même que celui de M. Mathieu n'est autre chose que celui de Jarvis modifié, et fût-il même perfectionné, il me paraît regrettable que l'on prenne trop souvent l'habitude de faire intervenir dans la science pour quelques modifications de fabrication le nom d'industriels, sans doute très-honorables et très-habiles, alors que c'est à des chirurgiens qu'appartient le mérite de l'invention scientifique.

M. GUYON. L'appareil de MM. Robert et Collin est une modification de celui de Jarvis, mais ces modifications en ont fait un appareil mieux ménagé, plus commode, surtout pour la réduction des luxations de l'épaule.

M. LÉON LE FORT. M. Larrey a fait l'observation que je me proposais de faire; sans doute dans quelques cas où le chirurgien pose une indication qu'il ne sait comment remplir instrumentalement, le mérite de la découverte des moyens pratiques d'exécution, peut, dans ce cas, appartenir à un industriel, mais il est déplorable de voir la chirurgie française faire intervenir à chaque instant les noms des fabricants quand il s'agit d'appareils et d'instruments. Un chi-

rurgien invente un procédé nouveau, il fait fabriquer l'appareil nécessaire à son application; qu'un fabricant modifie l'appareil primitif en mettant une goupille à la place d'une vis, ou simplifiant même l'instrument, il n'y a rien là qui doive donner place dans la science au nom du fabricant.

Or, dans l'espèce, les prétendues inventions de MM. Mathieu, Robert et Collin, etc., sont scientifiquement nulles; et leur attribuer semblerait laisser croire que l'appareil de Jarvis si connu, puisqu'il est reproduit dans tous les traités classiques anglais, américains n'est connu des chirurgiens français qne par l'intermédiaire de l'industrie. L'ajusteur de Jarvis (de Portland, Connecticut) est cependant connu en France depuis 1846, il a fait le sujet d'un travail de Stout dans les *Archives de Médecine,* 1846, t. XI, et même il est aujourd'hui encore supérieur à celui de nos fabricants par une disposition plus élastique, moins dangereuse, du point d'appui contre-extensif.

M. DESPRÉS. Je ne sais pas pourquoi on donnerait à cet appareil le nom d'appareil de Jarvis, et pourquoi l'on irait chercher des inventeurs hors de France alors qu'un appareil analogue a été imaginé antérieurement par P. Martin.

M. LÉON LE FORT. M. Després oublie que l'appareil P. Martin est tout à fait différent. Il est destiné à obtenir la guérison des fractures de la cuisse sans raccourcissement; dans quelques cas à la réduction lente des luxations spontanées dans la coxalgie; et même il est de plus de dix ans postérieur à l'appareil P. Jarvis.

M. GIRALDÈS. J'appuie l'observation de M. Larrey, au point de vue de la vérité, parce que les appareils n'ont pas été imaginés par des couteliers; et, au point de vue des principes, parce que je ne reconnais pas aux couteliers de compétence pour imaginer, modifier, améliorer des instruments dont ils ne connaissent pas l'usage, et l'on en voit aujourd'hui qui ont la prétention de nous donner ces moyens de faciliter tel temps de la cataracte, de corriger les difformités par des appareils et des instruments de leur invention mais dont ils comprennent d'une singulière façon les indications cliniques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel.— LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1869.

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— M. le docteur Magitot adresse trois brochures : 1° *Etude d'anatomie chirurgicale et topographique sur la bouche* (extrait du *Dictionnaire encyclopédique*) ; 2° *Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires*; 3° *De l'acide chromique dans quelques affections chirurgicales de la bouche.*

— M. Ollier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon envoie : *Des résections des grandes articulations des membres.* (Discours d'entrée en fonctions à l'Hôtel-Dieu).

— M. David Cheever, chirurgien de l'hôpital civil de Boston, adresse une brochure intitulée : *Surgical cases*, contenant des documents importants sur les opérations de polypes nazo-pharyngiens et les résections de la bouche.

— M. le docteur Augé, de Pithiviers, envoie à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, le *relevé des opérations qu'il a pratiquées pendant le cours des dix-huit dernières années.*

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine, et lue à la séance du 22 juin dernier, M. Simpson, d'Édimbourg, constate les succès nombreux obtenus dans les petits hôpitaux, à la suite des opérations, comparativement aux insuccès qui frappent les opérés dans les grands établissements hospitaliers.

Ce fait avait déjà été mis hors de doute par les travaux et les discussions auxquelles s'est livrée la Société de chirurgie lors de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Il est encore plus saillant pour les opérations pratiquées à la campagne, et dans les petites localités, où la guérison est la règle, et la mort l'exception.

En voici la preuve dans le relevé des opérations que j'ai faites depuis dix-huit ans.

Amputations. — 5 amputations de la jambe, au lieu d'élection, par la méthode circulaire.

5 succès :

1° Ecrasement de la partie inférieure de la jambe à la suite d'une chute, chez un vieillard.

2° Carie du tiers inférieur des os de la jambe et du pied, datant de 6 années, à la suite d'une brûlure causée par du sirop de sucre bouillant; ces accidents avaient amené le marasme du blessé. Adulte. — Guérison au bout d'un mois.

3° Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, chez un vieillard. Diarrhée chronique. — Guérison de l'entérite à la suite de l'amputation.

4° Écrasement de la partie inférieure de la jambe par une voiture. Adulte.

5° Broiement de la jambe au tiers moyen par un engrenage de moulin, compliqué de fracture de la cuisse correspondante. Adulte. — Guérison simultanée de la plaie et de la fracture au bout de deux mois.

1 amputation de cuisse par la méthode ovalaire, chez un adulte atteint de tumeur blanche du genou.

Guérison.

1 désarticulation du poignet droit chez un enfant de 15 ans à la suite d'un coup de feu, qui avait emporté la main.

Guérison.

15 désarticulations de doigts à la suite de panaris, d'écrasements ou de coups de feu, chez des jeunes gens.

15 *guérisons.*

1 désarticulation partielle du métacarpe et des trois derniers doigts, en conservant l'index et le pouce, chez un adulte, à la suite d'un coup de feu. Pas d'autre complication qu'un abcès dans la gaîne du cubital.

Guérison et conservation des mouvements de préhension à l'aide de l'index et du pouce.

18 hernies étranglées, 16 guérisons. Sur ces 18 opérés, se trouvaient 8 hommes et 10 femmes, 6 des 8 hommes étaient des vieillards; les 2 autres des adultes.

2 vieillards succombèrent à une prostration cholériforme.

Les 10 femmes guérirent toutes, bien que l'une ait eu des vomissements fécaloïdes avant l'opération; et 2 autres, des fistules stercorales à la suite de l'opération, qui guérirent spontanément. Ces 3 femmes étaient adultes.

Les 7 autres étaient âgées de 50 à 65 ans.

1 anus contre-nature chez un adulte, à la suite de la gangrène d'une anse intestinale, produite par un étranglement herniaire. Opéré avec l'entérotome de Dupuytren.

Guérison. Il resta une petite fistule qui se cicatrisa au bout de quelques mois.

12 cataractes opérées par abaissement chez des vieillards de 55 à 68 ans, 8 hommes et 4 femmes.

Guérison chez 10. *Insuccès* chez 2, savoir : vision incomplète chez un homme à la suite d'une ophthalmie grave. — Abcès et atrophie de l'œil chez une femme.

1 cystotomie hypogastrique à la suite d'une chute sur le périnée, compliquée de contusion, de déchirure de l'urètre, d'abcès du périnée et de rétention urinaire (*Union médicale* du 7 décembre 1865).

Guérison. Retour normal des urines par l'urètre.

1 hypospadias artificiel pour remédier à une oblitération du méat urinaire, suite de phymosis congénial chez un adulte. (*Union médicale* du 19 septembre 1865.)

Guérison.

3 polypes pédiculés volumineux : Un polype fibreux de la partie postérieure des fosses nasales, descendant dans le pharynx. Excision avec des ciseaux en 1852, pas de récidive. 2 polypes mous de l'utérus, chez une femme et chez une vieille fille, opérés par la torsion. Récidive chez la seconde, et chute naturelle du polype dont le pédicule était mince et long.

3 guérisons.

1 fistule lacrymale chez un adulte, opérée d'abord par la canule de Dupuytren, qui s'échappa au bout de quelques semaines; puis par la cautérisation avec le beurre d'antimoine.

Guérison définitive depuis 7 années.

8 cancroïdes de la lèvre inférieure chez des fumeurs adultes.

8 guérisons.

1 cancer du sein gauche amputé. Femme adulte. — *Récidive* et *mort.*

4 tumeurs bénignes du sein chez des femmes adultes et chez des jeunes filles.

Guérisons.

3 cancers du testicule.

3 morts à la suite de récidive.

Les amputations et les diverses opérations que j'ai pratiquées, dans la petite ville que j'habite, ou aux environs dans la campa-

gne, n'ont jamais été compliquées, les premières d'infection purulente, les unes et les autres d'érysipèle, complications si fréquentes dans ces grands hôpitaux. J'attribue ces résultats non-seulement aux conditions favorables dans lequel se trouvaient mes opérés, mais aussi à la rareté des pansements pour les amputés en particulier, et à une alimentation sagement réglée pour tous les opérés indistinctement.

Je noterai enfin, un très-grand nombre de pustules malignes, que je traite toujours par la cautérisation au fer rouge, appliqué avec énergie, et qui ont constamment guéri, lorsqu'il n'y avait pas infection du sang par le virus.

Seules, les opérations des tumeurs cancéreuses font ombre au tableau. Toutes ont récidivé après la cicatrisation de la plaie, et lorsque les opérés paraissaient hors de danger; une fois la récidive s'est faite aux environs de l'organe opéré, chez la femme amputée d'un sein. La plaie s'était réunie par première intention, lorsque la peau, dans le voisinage de la cicatrice, commença à s'indurer. L'induration gagna vite une partie du tronc, l'aisselle et le bras gauche; puis le tronc tout entier et le bras droit. La malade succomba rapidement.

Quant aux 3 amputés du testicule (2 à droite, 1 à gauche), le premier âgé de 50 ans, fut pris d'un engorgement énorme des ganglions du cou, de ceux de l'aine et probablement d'une infiltration cancéreuse du foie.

Le second, âgé de 28 ans, accusa au bout de quelques semaines, une douleur fixe, violente, au niveau du rein droit, et dans la région du foie, qui devint très-volumineux en même temps que la peau prenait une teinte ictérique très-foncée.

Le troisième, bien qu'il n'eût pas perdu de sang pendant l'opération; bien que la plaie se fût cicatrisée rapidement, conserva de la faiblesse, de l'anorexie, une pâleur jaunâtre de la face, de la flaccidité des tissus, se mit à vomir, et s'éteignit deux mois après l'opération.

M. VERNEUIL propose d'insérer au procès-verbal la lettre ci-dessus de M. Augé, afin que son exemple soit suivi par les chirurgiens de la province, qui pourraient en nous envoyant leurs statistiques intégrales, nous permettre de juger en pleine connaissance de cause la question soulevée en 1861 à l'Académie et reprise par M. Simpson.

M. GIRALDÈS. La statistique de M. Simpson ne prouve pas scientifiquement ce qu'elle a la prétention de prouver; les chiffres de mort et de guérison alignés et additionnés n'ont guère de signifi-

cation par eux-mêmes; les cas ne sont jamais semblables et les observations seules qui indiquent les particularités d'âge, de sexe, l'état général et local, la cause et la nature de l'opération, ses complications, ses résultats définitifs, ont seuls de la valeur. Les documents fournis par M. Augé ne me semblent pas pour cette raison avoir la valeur que leur attribue M. le Président.

M. BLOT. Je ne saisis pas bien ce que veut dire M. Giraldès et la portée des reproches qu'il adresse à la note de M. Augé. Il me paraît évident que notre collègue n'a pas entendu la lecture qui vient d'en être faite; car M. Augé nous donne précisément les détails que réclame M. Giraldès, et ne se borne pas à donner des chiffres bruts.

M. LIÉGEOIS montre qu'on ne saurait trop mettre en relief les bons résultats que l'on obtient dans les opérations pratiquées à la campagne; il a lui-même, il y a un an, donné à la Société la statistique de nombreuses opérations faites par lui dans son pays natal avec un succès presque constant.

M. TRÉLAT. M. Giraldès semble se méprendre sur la portée et les moyens de la statistique. La statistique se borne à grouper un grand nombre de faits, et plus les faits sont nombreux, plus les erreurs tenant à la comparaison de faits non identiques mais comparables s'atténuent. M. Giraldès réclame pour chaque observation des détails multiples, ce n'est plus là de la statistique. Ainsi, la lettre de M. Augé nous donne un aperçu des résultats de sa pratique; elle ne constitue pas une statistique, mais elle en fournit les éléments.

M. LARREY. Ma qualité d'inspecteur du Conseil de santé m'a permis souvent de visiter de petits hôpitaux civils dans lesquels on traitait dans un service spécial les soldats malades de la garnison; j'ai pu constater souvent la supériorité des résultats obtenus.

M. BOINET fait remarquer qu'on ne peut, dans le cas présent, invoquer l'influence d'une série heureuse, puisque M. Augé nous donne le relevé intégral de ses opérations. Cette dernière condition doit être remplie si l'on veut que la statistique ait une valeur réelle.

M. GIRALDÈS insiste sur la nécessité des détails; sans cela, dit-il, on aurait une statistique comme celle qui, après avoir comparé le nombre de truffes consommées à Paris avec le nombre des habitants, établit que tout Parisien consomme par an une certaine quantité de truffes. Quant à l'influence des milieux, tout le monde est d'accord à cet égard.

M. LÉON LE FORT demande à ce que la Société établisse pour la France la comparaison des résultats entre les hôpitaux des grandes

villes et ceux des petites villes, entre la pratique hospitalière et la pratique de la ville; et pour arriver à pouvoir établir cette comparaison, il demande que la Société adresse, par la voie des journaux, un appel à tous nos collègues français.

M. LARREY croit qu'il serait bon de dresser une sorte de questionnaire.

M. VERNEUIL met en relief ce fait important que si l'on meurt beaucoup dans nos hôpitaux d'infection purulente, et très-exceptionellement de tétanos, il semble qu'à la campagne cette grave complication des plaies soit plus fréquemment observée qu'à Paris.

COMMUNICATION

M. VAN DE LOO. Quoique le bandage plâtré s'adapte le plus régulièrement possible, c'est néanmoins un fait capital, pour avoir une garantie contre tout accident, qu'on l'applique de manière qu'en tout temps les parties lésées puissent être inspectées avec facilité ; en d'autres termes, qu'il soit amovo-inamovible d'emblée.

Etant pénétré d'une conviction entière de ce que je viens d'avancer, j'ai fait mon possible de rendre amovo-inamovibles tous les procédés plâtrés connus qui sont décrits dans cette brochure (j'ai l'honneur d'offrir une vingtaine d'exemplaires à la savante Société).

Je me propose uniquement de vous entretenir de l'emploi de pièces de flanelle, procédé par excellence en cas de guerre, qui se trouve bien décrit dans ma brochure, mais pas par rapport à l'application sur le champ de bataille. Voici en quoi il consiste :

Deux pièces de flanelle coupées suivant la forme du membre, imprégnées de plâtre d'un côté et placées par leurs côtés plâtrés l'une sur l'autre ; entre elles on a mis une troisième pièce moins large, imprégnée de plâtre des deux côtés, afin de fortifier l'appareil postérieurement. — On doit naturellement en préparer une grande quantité d'avance, les plier ou les rouler afin de les pouvoir placer dans une boîte. Pour les appliquer sur le champ de bataille, on n'a qu'à les plonger dans l'eau jusqu'à ce qu'ils soient bien mouillés, puis les dérouler et les appliquer autour du membre, tout cela se fait en quelques minutes. Cet appareil se laisse ouvrir avec facilité en valve pour inspecter les parties lésées.

Veuillez donc, messieurs, vous mettre au courant des procédés amovo-inamovibles plâtrés, et une fois que vous serez convaincus de leur supériorité veuillez les propager dans l'intérêt de la science et de l'humanité souffrante.

Polype naso-pharyngien. — M. Houel lit un rapport sur une observation de polype naso-pharyngien, opéré par arrachement, sans opération préliminaire, par M. le docteur Achille Bonnes, de Nîmes.

Au mois de février 1869, Mme A..., âgée de 25 ans, vint consulter, pour la première fois, M. Achille Bonnes. Elle raconta que, depuis plusieurs années, elle parlait du nez et dormait la bouche ouverte, et qu'elle éprouvait souvent le besoin d'avaler. Au mois de juin 1868, la malade rendit, à plusieurs reprises, des caillots de sang. On crut que cela venait de la poitrine. A cette époque, un médecin fut consulté. Il constata un polype du nez, qu'il cautérisa sans succès plusieurs semaines avec un crayon de nitrate d'argent.

Mme A... a une bonne constitution; mais elle est très-nerveuse. Elle a été hystérique à l'âge de 14 ans. Le chirurgien constata, dans la narine droite, une excroissance située à environ 2 centimètres de profondeur; la gauche était libre. La respiration était presque impossible par le nez; la narine gauche permettait encore cependant le passage d'un peu d'air.

Le voile du palais était refoulé en bas, et le polype, du volume d'un gros pois, à son extrémité libre, apparaissait seulement en arrière pendant l'expiration. Le toucher permit à M. Bonnes de contater que la tumeur qui refoulait le voile du palais était implantée à la base du crâne, et il lui était facile d'en circonscrire assez bien le point d'implantation, soit qu'il plaçât son doigt en avant ou en arrière de la tumeur. L'orifice postérieur des fosses nasales était obstrué principalement à droite. Chaque exploration était toujours suivie d'une hémorrhagie.

Bien fixé sur la nature et sur le point d'implantation du polype, le chirurgien, après avoir réfléchi à tous les procédés mis en usage pour l'extirpation de ces sortes de tumeurs, renonça tout d'abord à tous les moyens qui exigeaient une grande mutilation. Il ne voulut pratiquer aucune opération préliminaire. Comme M. Bonnes arrivait facilement à toucher et à circonscrire le pédicule de la tumeur, il songea à armer son doigt d'un instrument assez petit et assez puissant à la fois pour ruginer la surface d'implantation. Il fit faire à cet effet un instrument primitif qui consistait en un dé métallique ordinaire, sur lequel il fit souder un ongle métallique. Essayé sur le cadavre, à l'aide de cet instrument on pouvait assez bien ruginer l'apophyse basilaire; mais le doigt, recouvert en totalité d'une surface

métallique, perdait sa qualité essentielle, le toucher; on agissait un peu en aveugle. M. Bonnes eut alors l'idée de modifier son instrument primitif en faisant exécuter, par MM. Robert et Colin, un an neau un peu large sur lequel on soudea un ongle métallique qu dépassait à peine l'extrémité de l'ongle de l'opérateur. La pulpe de l'index était ainsi complétement libre. L'instrument, d'une simplicité extrême, était fixé sur la première phalange de l'index au moyen d'un anneau mince de 8 millimètres de hauteur en avant, tandis que du côté de l'ongle qu'il recouvre complétement en le dépassant un peu, et dont il a la forme légèrement courbe, il a 2 centimètres; le bout est tranchant.

C'est le 11 mars de cette année que M. Bonnes, à l'aide de son instrument, pratiqua sur sa malade l'extirpation du polype. Il fit relever le voile du palais au moyen de la sonde de Belloc, puis il commença les tentatives d'arrachement. Ce ne fut qu'après plusieurs essais rapides, à cause de l'obligation dans laquelle se trouvait le chirurgien de retirer de temps en temps le doigt pour laisser respirer la malade, gênée aussi par l'écoulement du sang, qui ne fut jamais très-abondant, qu'il parvint à détacher le polype dans toute son étendue. Le polype ne fut point coupé par l'ongle, mais littéralement déraciné. L'opération dura près d'une demi-heure.

Les suites en furent des plus simples. L'hémorrhagie fut peu considérable; de l'eau fraîche suffit pour l'arrêter. Le polype enlevé, la malade respira facilement par le nez. La journée fut bonne. Il se manifesta quelques douleurs de tête qui n'eurent point de durée, et le quatrième jour la malade reprenait sa vie habituelle. Le sixième jour après l'opération, M. Bonnes, afin de bien s'assurer s'il avait enlevé la totalité du polype, porta son doigt à la surface basilaire, qu'il rugina de nouveau et acquit ainsi la certitude qu'il ne restait plus de trace du pédicule de la tumeur. La malade a été revue trois mois après, et on a constaté qu'elle était parfaitement guérie.

L'examen du polype a montré qu'il avait quatre branches, *qu'il était fibreux dans son tiers supérieur*, où il mesurait 3 centimètres de largeur. La surface d'implantation était presque de 2 centimètres, et il pesait 18 grammes. La branche la plus courte était très-fibreuse; les autres, fibreuses dans leur partie supérieure, perdaient peu à peu leur consistance et devenaient vésiculaires.

L'observation que je viens de rappeler brièvement est intéressante à plus d'un titre : 1° c'est un cas rare de polype naso-pharyngien observé chez une femme; 2° le procédé opératoire, qui a été couronné d'un plein succès, a été, je crois, employé pour la première

fois dans ces sortes de tumeurs. Reconnaissons cependant que déjà, bien avant, MM. Legouest et Hergott avaient pu, en faisant pénétrer l'instrument par les fosses nasales, extirper des polypes naso-pharyngiens, ruginer en quelque sorte la surface basilaire. M. Guérin, dans un cas, après avoir incisé le voile du palais et introduit une branche de ciseaux par cette ouverture, dit : « J'ai la conviction que, sans l'incision du voile du palais, mon indicateur parviendrait, sans angoisses pour le malade, sur le pédicule du polype. »

Le premier point, l'existence d'un polype naso-pharyngien chez une femme, ce qui est très-rare dans les annales de la science, est-il contestable ici? Je ne le pense pas. Je ne puis cependant m'empêcher de faire observer que M. Bonnes donne lui-même une description de l'examen de la pièce qui n'est point en rapport avec ce que nous connaissons des polypes naso-pharyngiens, car il a dit : Le polype *était fibreux dans son tiers supérieur; puis, perdant peu après de sa consistance, il devenait vésiculeux*. J'ai eu l'occasion, pour mon compte, de voir un certain nombre de ces tumeurs, et j'avoue qu'aucune ne m'a présenté ce caractère, qui me fait supposer, tout en regrettant un examen plus complet, qu'il s'agit plutôt ici d'un de ces polypes mixtes encore incomplétement décrits plutôt que d'un véritable polype naso-pharyngien.

Le second point, le mode opératoire, mérite aussi de fixer notre attention. J'ai dit, avec M. Bonnes, que le dé me paraît avoir été employé ici pour la première fois pour les polypes naso-pharyngiens. Mais l'instrument n'est point nouveau; déjà Récamier l'avait employé pour les polypes de l'utérus. Seulement, dans l'instrument de Récamier, le doigtier est presque complet, ce qui prive, comme l'a si justement fait observer M. Bonnes, le chirurgien, du tact qui lui est si nécessaire pour le guider.

M. Bonnes, dans les quelques réflexions qui suivent son observation, cherche aussi à établir les indications dans lesquelles, ce qu'il appelle son procédé, peut être applicable, et il semble résulter pour lui que ces cas doivent être encore assez nombreux. Je me permettrai, pour mon compte, d'avoir une opinion tout opposée. Avec M. Bonnes, je reconnais qu'il faut des conditions spéciales, que le pédicule soit bien délimité, qu'il ne soit point très-volumineux et qu'il soit accessible au doigt. Ce sont ces conditions, que, pour mon compte, je n'ai jamais rencontrées. J'ai toujours vu le polype avoir une large base d'implantation, même lorsque les cellules du sphénoïde étaient intactes, et le pédicule s'étendre aux apophyses ptérygoïdes, ainsi qu'à la partie rugueuse de la face inférieure du ro-

cher située en dedans du canal carotidien. Aussi, tout en désirant me servir du procédé de M. Bonnes, je crains que son application en soit difficile, impossible même dans la plupart des cas. Je me demande même, précisément en raison du sexe de sa malade et de la structure de la tumeur, s'il n'a point eu la bonne fortune de tomber sur une variété de polype naso-pharyngien plus facilement énucléable que celles que l'on observe ordinairement ; car tout le monde sait que, même lorsque l'on s'est décidé à pratiquer cette opération par la voie la plus large, l'ablation de l'os maxillaire supérieur, il y a encore quelquefois des difficultés d'arrachement telles que l'opération qui consiste a enlever le maxillaire peut être considérée comme plus facilement réalisable que l'ablation du polype.

En résumé donc, cette observation, qui est du plus haut intérêt, viendra s'ajouter aux faits de MM. Guérin et Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : Léon Le Fort.



SÉANCE DU 21 JUILLET 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 5e année, 1868.

— Le *Bulletin médical de l'Aisne* 1868, n° 4.

— *Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales*. — Thèse inaugurale par M. Minas Zantiotis, mai 1869.

— M. Larrey fait don à la Société d'une *collection de soixante portraits encadrés de chirurgiens éminents français et étrangers*.

— M. Ribell (de Toulouse) adresse à la Société un travail intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur*

les procédés opératoires employés pour y remédier. — Renvoyé à une commission composée de MM. Trélat, Giraldès, Guyon.

COMMUNICATIONS

Anévrysme artériel poplité droit. — Compression mécanique. — Flexion de la jambe. — Compression digitale. — Guérison. — M. TRÉLAT. — C'est aujourd'hui une question résolue que la compression indirecte occupe le premier rang parmi les méthodes de guérison des anévrysmes artériels circonscrits, mais le choix est moins bien établi entre les divers procédés, sur leur convenance deux différents cas et sur leur opportunité variée selon les périodes de la maladie. Ce qui est possible dans un cas ne l'est pas dans l'autre, et la tolérance des malades est loin d'être toujours la même, ce qui fournit une source d'indications particulières. Dernièrement notre collègue, M. Legouest, nous racontait l'histoire d'un malade qu'il avait guéri après avoir eu recours à sept procédés ou au moins à sept variantes de la compression indirecte.

Un malade que je reçus dans mon service à la fin du mois d'avril dernier me fournit une occasion favorable d'étudier ces questions délicates et litigieuses. Tant pour mon instruction que pour celle des élèves je formai le projet d'employer successivement, en cas d'échec, la compression mécanique, la flexion de la jambe sur la cuisse, la compression digitale. Aucun de ces procédés n'est dangereux et tous comptent des succès nombreux. Mais d'autres motifs, que j'exposai dans une leçon clinique, me guidaient encore dans cette conduite : La compression mécanique ne nécessite pas d'aide; on arrive généralement à la rendre supportable, mais elle est infidèle et agit lentement en raison de ses inévitables irrégularités. Comme la précédente, la flexion de la jambe sur la cuisse supprime les aides; elle a donné de brillants succès, mais elle est souvent très-douloureuse et bientôt insupportable. Elle vaut la peine d'être essayée dans tousl es cas, mais il faut s'attendre à être contraint d'y renoncer. C'est une chance à courir. Enfin la compression digitale réclame des aides assez nombreux et attentifs, c'est son inconvénient, mais elle est presque toujours bien supportée et elle donne des succès très-fréquents et souvent très-rapides.

Si j'avais dû me déterminer d'après ces seules considérations, j'aurais très-probablement été conduit à rejeter la compression par les appareils, à essayer la flexion du genou et à en venir promptement à la compression digitale. Mais l'anévrysme que j'avais à trai-

ter était peu ancien, sans caillots, presque complétement réductible; les battements, l'expansion et le souffle intermittent y étaient des plus marqués. Or de toutes mes lectures j'ai retiré cette opinion que la compression absolue ou totale a d'autant plus de chances de donner un bon et prompt résultat que la formation des caillots dans la poche et le développement des collatérales sont plus avancés. J'étais alors conduit à employer d'abord un procédé de compression qui facilitât cette double évolution. La compression mécanique me parut, et me paraît encore satisfaire à cette indication précisément parce qu'elle est rarement totale et qu'elle peut être appliquée longtemps. J'espérais produire dans l'anévrysme des modifications favorables. Mon attente n'a pas été trompée; peut-être même eût-on pu arriver ainsi à la guérison en employant beaucoup de temps et de patience; mais quinze jours avaient déjà été employés, le malade se décourageait et sachant le moyen d'obtenir sa guérison, j'aurais eu bien de la peine à persévérer davantage dans l'emploi d'un procédé qui m'avait donné ce que j'en attendais. C'est alors que j'eus recours à la flexion et si j'ai abandonné ce second procédé, c'est qu'il a été intolérable pour le malade et que malgré des essais répétés et variés il a fallu y renoncer pour en venir à la compression digitale. L'observation un peu laconique mais très-précise rédigée par M. Malassez, mon interne, permettra de suivre les phases de ce traitement dont je viens de donner les motifs.

B... (Alexandre); parents de bonne santé; dans la jeunesse , fièvres.

En 1848, traité pour une maladie de cœur.

En 1850, chancre non suivi d'accidents syphilitiques.

Avant 1851, soldat; quelques excès de boissons.

Depuis 1851, mariage; deux enfants de bonne santé; bonne hygiène.

De 1851 à 1857, ouvrier filateur; debout toute la journée pour surveiller et suivre les métiers; jambes un peu enflées le soir.

Depuis 1857, ouvrier dans une fabrique de caoutchouc, occupé à laminer. Milieu à haute température; debout une partie de la journée; cependant, peu de fatigue.

Il y a huit mois, il a commencé à éprouver de la gêne dans le creux du jarret droit; pas de coup ni de chute.

Depuis trois mois il s'est aperçu d'une grosseur qui s'est d'abord accrue assez rapidement pendant un mois pour rester à peu près stationnaire. Depuis quinze jours, il souffre davantage.

État actuel — Tuméfaction de 12 centimètres de haut sur 10 de large. Battement ou expansion. Souffle systolique. Réductibilité presque complète.

Les deux membres abdominaux sont variqueux ; leur volume est différent :

	Droite.	Gauche.
Circonférence de la cuisse	47	45
— du genou........	41	38
— de la jambe......	35.5	36.5

La température diffère également :

Température de la cuisse.........	33°6	34°2
— de la jambe.........	31°8	32°

différences en sens inverse de ce qui est observé ordinairement.

Pouls de la pédieuse droite à peine sensible au sphygmoraphe. Ligne à peine ondulée.

29 avril. — Compresseur de Luër appliqué à l'arcade crurale. La pression devient intolérable au bout d'une heure.

30 avril. — Compression à l'anneau du grand adducteur. Le malade le supporte deux heures. Battements diminués, non abolis.

1er mai. — Compresseur plus élastique que le précédent ; douleur moindre ; effets aussi puissants. D'autre part, le malade ayant appris à se poser l'instrument, la durée de la compression par jour est de quatre à cinq heures en moyenne, distribuée ainsi qu'il suit :

Dès le matin, le malade se place le compresseur à l'arcade crurale et le garde de une heure à une heure et demie.

A la visite, l'interne de service le place à l'anneau ; le malade le garde une heure et demie à deux heures.

Dans l'après-midi, même arrangement ; mais le malade supporte moins longtemps la compression à chaque fois.

Et ainsi pendant quinze jours. La tumeur diminue, augmente de consistance. Les battements sont moins sensibles ; le souffle est un peu moins fort.

15 mai.—*Flexion de la jambe* maintenue avec une bande qui prend la cuisse et le cou-de-pied. — Douleur insupportable au bout d'une demi-heure.

Le soir et le lendemain, des douleurs très-vives persistent dans la jambe.

17 mai. — Nouvelle flexion pendant une demi-heure.

Les jours suivants, le malade fléchit lui-même la jambe à diverses reprises, et évalue à une somme de deux à trois heures le temps qu'il reste dans cette position.

La tumeur ne change plus.

28 mai (11 h. 1/2 du matin). — *Compression digitale* à l'arcade, et, de temps à autre, à l'anneau. — Dans la soirée, la compression devient pénible. — A minuit, crampes dans tous les membres; plaintes du malade. — A 2 heures du matin, douleur presque subite et très-vive dans la tumeur et toute la jambe. La compression est cessée, et on s'aperçoit que la tumeur, qui battait un moment avant, est silencieuse et résistante.

29 mai. — La tumeur, examinée le matin avant la visite, paraît sans battement à plusieurs personnes. — A 9 heures, il s'aperçoit de quelques battements légers à la partie inférieure de la tumeur. M. Trélat le constate à la visite. Il n'y a pas de souffle.

On abandonne la tumeur pendant quelques jours. Le malade éprouve dans les genoux des douleurs qui se passent spontanément après avoir duré deux jours.

4 juin. — La tumeur bat évidemment, quoique très-faiblement. Il n'y a pas d'expansion; c'est plutôt un soulèvement. Léger bruit de souffle systolique.

Les jours suivants, les battements et le souffle sont nettement constatés dans des explorations répétées et minutieuses.

11 juin. (12 h.). — *Nouvelle compression digitale.* — A 4 h. 1/2; ausculation de la tumeur. Il semble exister un léger bruit synchrone aux pulsations artérielles; quelques-uns des assistants ne le constatent pas.

A 6 heures, plus rien. La compression est suspendue.

12 juin. — M. Trélat ne trouve plus ni battement, ni souffle.

14 juin. — M. Broca constate également la guérison du malade; il conseille une bande roulée pendant quelques jours autour de la jambe.

24 juin. — *Exeat.* — La tumeur diminue visiblement. La guérison paraît assurée.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Je cherche en vain les raisons qui ont engagé M. Trélat à employer la compression instrumentale, puis la flexion avant de recourir à la compression digitale. Notre but doit être, avant tout, de guérir le malade, et la compression digitale étant

aujourd'hui, de l'aveu de tous, la méthode qui assure le mieux le succès, c'est à celle-là qu'il eût fallu tout d'abord recourir, et il eût fallu l'employer avec toute la rigueur dont elle est susceptible.

M. LÉON LE FORT. La méthode de la flexion étant plus facile à appliquer, je conçois que M. Trélat ait donné la préférence à cette méthode sur celle de la compression digitale qui exige le concours d'aides exercés, difficiles à réunir en dehors de la pratique hospitalière; mais pour qu'on n'impute pas à la flexion un insuccès dont elle n'est que partiellement responsable, il me paraît utile de faire remarquer que notre collègue n'a eu recours qu'à une sorte de demi-flexion n'allant pas jusqu'à l'interruption du cours du sang dans la poplité.

M. BLOT. M. Trélat a voulu, dit-il, comparer la valeur des diverses méthodes thérapeutiques. Il eût fallu, pour que cette expérience rendît un véritable service, que chacune d'elle eût été employée rigoureusement et pendant un temps suffisant. Les deux premières n'ont pas la responsabilité complète de l'insuccès, et la compression digitale pourrait, pour quelques-uns, ne pas mériter tout l'honneur de la guérison. En effet, ne pourrait-on pas dire, avec quelque apparence de raison, que si la compression digitale a guéri, c'est que son emploi suivait la mise en usage d'autres moyens qui avaient préparé la voie à une guérison déjà en partie peut-être effectuée.

M. TRÉLAT. Les malades, comme le fait remarquer M. Giraldès, ne sont pas des sujets sur lesquels on se livre à des expériences, et c'est précisément pour cela que je n'ai pas poussé jusqu'au bout l'application d'un moyen thérapeutique, du moment où j'ai eu la conviction qu'il n'avait pas, dans le cas présent, toute l'efficacité désirable, et du moment aussi que j'ai pu croire qu'un autre moyen me donnerait la guérison. La flexion serait théoriquement la méthode la plus avantageuse si elle était possible toujours; malheureusement mon malade ne pouvait la supporter. Quant au reproche de n'avoir pas employé tout d'abord la compression digitale, je ferai remarquer à M. Giraldès que si les exemples de guérison par cette méthode ne sont pas rares, il y a aussi bon nombre d'insuccès. J'ai relu avec soin les articles de MM. Richet et Le Fort, et il m'a paru, comme à mes collègues, que s'il fallait d'abord arriver à la formation d'un caillot, il fallait aussi provoquer le développement des collatérales; c'est ce que j'obtenais par la compression mécanique et par la flexion.

M. GIRALDÈS. J'accepte le traitement de M. Trélat comme moyen d'étude, mais non comme moyen thérapeutique. La compression

digitale peut, tout aussi bien que les autres moyens, provoquer le développement des collatérales, et, puisque c'est le traitement le plus sûr c'est celui qui devait être employé tout d'abord.

L'argument invoqué par M. Le Fort ne me paraît pas avoir de valeur dans le cas présent, puisque le malade se trouvait dans un hôpital où les aides ne manquent pas.

M. BOINET. La difficulté de trouver des aides capables de bien faire la compression n'est pas un obstacle à l'emploi de la compression digitale; il est facile de montrer à une personne intelligente où et comment elle doit appliquer les doigts, on peut donc heureusement avoir recours à la méthode ailleurs qu'à l'hôpital, car s'il en était ainsi, elle perdrait une grande partie de sa valeur.

M. LÉON LE FORT. Je suis loin de partager l'avis de M. Boinet, car même à l'hôpital il nous arrive parfois de voir pendant une amputation, la compression effectuée d'une manière tout à fait insuffisante. Le malade de M. Trélat ne supportait pas une forte compression longtemps prolongée; mais il pouvait la supporter quelque temps; or, comme je crois que pour guérir un anévrysme il faut recourir à la compression totale et intermittente, je regrette que notre collègue n'ait pas eu recours à des séances de courte durée, car alors la flexion eût pu être complète, et peut-être la guérison fût-elle survenue.

M. TRÉLAT. A la suite de la ligature, les caillots déjà formés se ramollissent souvent et suppurent; la dilatation préalable des collatérales est une condition favorable à la guérison; elle survient plus facilement quand, par la compression mécanique, la flexion a amené la dilatation des collatérales, c'est pour cela que j'ai eu recours tout d'abord à ces méthodes; car si elles n'amenaient pas la guérison, elles devaient du moins me la rendre plus facile à atteindre par la compression digitale.

M. GIRALDÈS. Il n'y a pas lieu d'invoquer ici les conditions qui peuvent faire échouer la ligature. Il n'y avait pas de caillots dans le sac lorsque le malade s'est présenté à l'observation de M. Trélat, donc il n'y avait aucune raison pour rejeter la compression digitale. Celle-ci n'est pas aussi facile à faire que le croit M. Boinet, et on ne pourrait, sans s'exposer à des insuccès, la confier à des gens étrangers à la chirurgie.

M. BOINET. De l'observation de M. Trélat comme de beaucoup d'autres, il résulte qu'il vaut mieux arrêter imparfaitement la circulation dans les premières heures de traitement. Il en est de même pour la flexion forcée; aussi je crois que la compression intermit-

tente est la méthode qui a donné les meilleurs résultats et celle qui doit être préférée.

M. GIRALDÈS. Je n'accepte pas le principe posé par M. Boinet; je le crois mauvais et dangereux. Les observations publiées ne l'appuient en aucune façon. C'était la théorie de Bellingham, mais, tout bien examiné, on a vu que ce qui donnait les meilleurs résultats c'était la compression totale. Une observation de White, citée par Guthrie, dans laquelle on avait si bien comprimé que l'on avait gangrené la peau, était une guérison qui, cependant, ne sert pas la cause de la compression, en raison de l'imperfection des moyens employés et de l'accident indiqué. Lorsque les anévrysmes sont très-volumineux, cela est différent, mais dans les anévrysmes comme ceux dont on vient de nous entretenir, c'est à la compression totale qu'il convient de recourir.

PRÉSENTATION DE MALADES

Anévrysme poplité gauche. Compression digitale. — Guérison. — M. PANAS. Le nommé X..., ferblantier, entre le 26 juin 1869, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 5.

Il y a six mois environ, cet homme éprouve de la lassitude dans les jambes, et deux mois après, c'est-à-dire il y a quatre mois, il s'aperçoit d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans le jarret; elle augmenta jusqu'à présent, où elle atteint le volume d'un gros œuf de poule. C'est la facilité avec laquelle la jambe enfle à la moindre marche qui décide le malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur occupe l'interstice des jumeaux, présente de forts battements isochrones au pouls avec mouvements d'expansion, et souffle synchrone à la diastole artérielle; elle est réductible complétement par la pression directe, et s'affaisse par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine. — Varices, mais anciennes, et sans aucun rapport avec la maladie actuelle.

Le malade ne reconnaît aucune espèce de cause, ni chute, ni coup, ni mouvements spéciaux, ni attitude spéciale dans son métier.

Le 1er juillet, à dix heures du matin, on commence à comprimer d'une manière aussi continue que possible l'artère crurale au pli de l'aine. Jusqu'à quatre heures du soir, la compression est assez imparfaite, et aucun changement n'apparaît dans la tumeur. Vers neuf heures du soir, la tumeur paraît prendre plus de consistance. La compression était beaucoup mieux faite depuis six heures. A neuf

heures, soit par suite d'une plus grande habitude, soit que le cours du sang soit déjà modifié, elle devient parfaite, exacte; on ne laisse presque plus passer une goutte de sang. La tumeur prend de plus en plus de consistance, et à cinq heures du matin, les battements deviennent insensibles, disparaissent, — la compression est suspendue quelques instants; — comme ces battements reviennent, on la reprend de plus belle jusqu'à la visite, où ils ont absolument cessé.

Pendant la nuit du 1er au 2, le malade a souffert de crampes dans le mollet et dans le pied; elles ont été surtout fortes et presque intolérables de quatre à cinq heures du matin, au moment où l'anévrysme a paru se combler.

Le 3 juillet, quelques battements reparaissent; on comprime donc l'artère encore avec le compresseur Luer, qui n'arrête pas le cours du sang. Compression digitale de trois quarts d'heure. Le 4, encore quelques battements. Nouvelle compression digitale de trois quarts d'heure. Depuis, rien n'a reparu; la tumeur devient de plus en plus consistante et diminue lentement de volume.

Varices lymphatiques intra-ganglionnaires.— M. VERNEUIL. La Société de chirurgie s'est occupée jadis d'une affection rare, étrangère à nos climats tempérés et qui semble spécialement affecter les habitants des pays chauds. Je veux parler des varices lymphatiques ganglionnaires. Quoique tout à fait exceptionnelle, cette affection mérite d'être connue et surtout reconnue, ne serait-ce qu'au point de vue thérapeutique, l'expérience ayant démontré le danger extrême de toute opération chirurgicale pratiquée sur des tumeurs de ce genre.

Il n'est donc pas sans intérêt de signaler un fait nouveau tout récemment soumis à mon observation.

Une jeune demoiselle de quinze ans, grande, svelte, très-bien conformée et jouissant d'une excellente santé, me fut amenée le 15 juillet dernier, pour une tumeur siégeant au pli de l'aine du côté droit. Au dire de la mère, cette tumeur avait paru depuis deux ans environ, à peu près en même temps que les règles, et tendait continuellement à s'accroître. Aucune cause connue, ni contusion, ni effet violent, ni fatigues prolongées, ne pouvait être invoquée. La tumeur offrait des variations notables dans son volume, toujours plus considérable le soir que le matin; elle augmentait surtout par la marche et à l'époque des menstrues. Quelquefois elle semblait disparaître pendant trois ou quatre jours, puis revenait sans qu'on sût pourquoi. Au reste, peu de douleur, à peine un peu de gêne, quelques

légers picotements, une sensation de plénitude quand le volume était au maximum. En dehors de ces troubles minimes, nul symptôme du côté du ventre et accomplissement très-régulier des grandes fonctions.

Ce récit fait par la mère avec un accent créole des plus prononcés me fit aussitôt songer à la nature du mal. Mme X... m'apprit qu'elle était d'origine française, mais que depuis longtemps elle habitait Pondichéry, et que sa fille y était née. Dans la famille, aucun cas analogue n'avait été observé. On n'avait jamais conçu la moindre inquiétude sur ce cas, et c'était pour ainsi dire par hasard et comme mesure de prudence que Mme X..., de passage à Paris, avait songé à y consulter un chirurgien.

J'obtins, non sans difficulté, d'explorer la partie malade, et au premier coup je confirmai mon diagnostic anticipé; en effet, le pli de l'aine, dans toute son étendue, portion abdominale et portion crurale, est occupé par une saillie considérable dépassant en haut le ligament de Fallope de deux travers de doigt environ, et s'étendant en bas jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa. La masse totale a la forme triangulaire à sommet inférieur, à bords convexes, à angles mousses; elle semble composée de trois lobes : l'un inférieur, mieux circonscrit, du volume d'un demi-œuf de poule; le second, supérieur et interne, confinant à l'épine du pubis; le troisième, supérieur et externe, s'étendant jusqu'à une petite distance de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau, fine, souple, mobile, sans altération quelconque, est seulement un peu déprimée au niveau des intervalles qui séparent les lobes. Le toucher donne une sensation tout à fait particulière, que j'éprouvais pour la seconde fois, mais qui ne rappelle aucune des tumeurs ordinaires du pli inguinal. C'est une mollesse uniforme, sans résistance, sans fluctuation véritable, sans déplacement, sans réductibilité franche, et qu'on ne retrouve que dans certaines tumeurs érectiles veineuses sous-cutanées (c'était, du reste, à ce diagnostic que je m'étais arrêté dans le premier cas de ce genre soumis à mon observation).

Lorsque la malade est depuis quelque temps dans la position horizontale, la saillie diminue de moitié environ. On arrive au même résultat par une pression directe exercée pendant quelques moments sur la tumeur. La toux, l'effort, la position verticale, rendent à la saillie ses dimentions premières. Ces changements s'effectuent lentement, insensiblement, sans qu'on puisse savoir exactement où va le liquide quand la tumeur s'affaisse, d'où il vient quand elle se gonfle. Tout porte à croire que le mouvement du fluide se passe au

niveau de la fosse iliaque interne, et que le contenu des rameaux dilatés se déverse dans les lymphatiques profonds; mais rien ne le prouve absolument; en tout cas, c'est de ce côté, c'est-à-dire vers son bord supérieur, que la tumeur est le moins bien circonscrite.

Interrogé par la mère sur le pronostic de cette lésion, j'ai annoncé d'abord qu'aucune opération curative quelconque ne devait être tentée, — qu'il fallait se borner à un traitement palliatif, ayant pour but d'arrêter les progrès du mal, — que l'affection ne guérirait jamais, sans doute, et devait être considérée et traitée comme une infirmité légère peut-être, mais à coup sûr de très-longue durée, sinon définitive. Je suis resté d'autant plus volontiers dans la réserve, que j'ignore moi-même quelle sera la marche de cette singulière production. Sera-t-elle modifiée par la compression, ses progrès s'arrêteront-ils, ou bien la dilatation gagnera-t-elle de proche en proche les réseaux lymphatiques profonds et superficiels de la cuisse? La grossesse, l'accouchement, seront-ils sans danger? Autant de questions actuellement insolubles, la lésion n'ayant été observée qu'un petit nombre de fois sur de jeunes sujets du sexe masculin, dont trois ont succombé et dont les autres n'ont été observés qu'en passant. C'est aux médecins exerçant dans les Indes et dans les îles voisines, Bourbon, Maurice, qu'incombe la tâche d'écrire l'histoire de cette singulière altération des vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires.

Quoi qu'il en soit, j'ai conseillé la compression. Les dimensions considérables de la tumeur ne permettant pas de se contenter d'une pelote plus ou moins analogue à celle des bandages herniaires, j'ai fait construire une sorte de caleçon en tissu élastique, descendant du côté malade un peu au-dessus du milieu de la cuisse; une pelote ovoïde de 3 centimètres d'épaisseur sera adaptée à la face interne de ce caleçon, de façon à ce que son grand axe parallèle à l'arcade crurale comprime doucement la tumeur sans trop gêner les mouvements de flexion du membre.

Je crains que la jeune malade un peu embarassée par cet appareil ne l'abandonne, je crains aussi que l'aine du côté gauche ne soit envahie à son tour, comme on l'a observé dans la plupart des cas connus.

M. TRÉLAT. J'ai obtenu de très-bons résultats du caleçon Bourgeaud, avec deux pelotes compressives.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 28 JUILLET.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Marseille médical.*

Le *Bulletin médical du Nord de la France*, juin 1869. — Les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, tome VIII, 1868.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœkel (de Strasbourg). Br. in-8°.

MM. Legouest et Liégeois adressent des demandes de congé.

Discussion sur le traitement des anévrysmes

M. GIRALDÈS. Lorsque Hart proposa la flexion comme mode de traitement des anévrysmes poplités, il chercha à expliquer la guérison suivant les idées professées par Bellingham, idées que je fis d'abord connaître en France, et que M. Broca a rajeunies par la création des mots : caillots actifs et caillots passifs. Hart croyait à l'action simultanée de la diminution du calibre de l'artère et de l'augmentation du frottement du sang entre les caillots. Il avait alors par devers lui dix observations, et il donnait, comme un grand avantage de sa méthode, la simplicité des moyens et la possibilité pour le malade de vaquer à ses occupations, puisqu'il pouvait, avec des béquilles, marcher la jambe fléchie.

Mapother et Murray, en 1867, ont montré à l'Association médicale britannique que la guérison ne survenait pas comme l'avait dit Bellingham; ils ont montré qu'il faut, non pas la compression partielle, mais la compression totale. Il faut, pour qu'un caillot se forme, que le sang stagne dans la poche, et c'est pour cela qu'on a employé la compression du membre, depuis les orteils jusqu'à l'anévrysme.

La compression amène quelquefois, dit-on, des douleurs intoléra-

bles, cela est vrai, mais cela est loin d'être ordinaire ; et quand le malade peut la supporter, c'est ce moyen qui doit être appliqué tout d'abord.

La flexion, dit-on encore, n'est pas applicable à tous les anévrysmes ; cela est également vrai ; mais parmi les accidents relevés par M. Liégeois, beaucoup tiennent à l'anévrysme et non au mode de traitement employé.

On ne peut comprimer une artère plus de dix minutes. Cela résulte de nombreuses expériences faites. Or, comme ce maximum de durée ne peut être atteint par tous les aides, il faut les relayer toutes les cinq ou six minutes, si l'on veut que la compression soit efficace.

La compression digitale est, d'un autre côté, moins douloureuse que la compression mécanique ; elle peut donc être plus longtemps continuée, et l'on a guéri, par la compression digitale continuée pendant douze ou quinze heures, en même temps qu'on donnait le chloroforme, un malade atteint d'anévrysme de l'aorte abdominale.

La compression mécanique ne doit donc venir pratiquement qu'en troisième ligne ; il ne fallait donc pas faire débuter le traitement par la méthode la moins bonne.

M. TRÉLAT. Quelques-uns de nos collègues, MM. Le Fort et Liégeois, pensent qu'il faut d'abord revenir à la compression digitale, puis à la flexion, et en troisième lieu à la ligature. La compression digitale, efficace comme traitement, est difficile à pratiquer, car il faut un grand nombre d'aides. La flexion, qui est une méthode d'interruption absolue du cours du sang, ne peut être regardée que comme une méthode thérapeutique secondaire au point de vue de la probabilité du succès. Mais comme la flexion est d'une application plus facile, j'ai voulu l'employer tout d'abord. M. Giraldès croit que, pour obtenir la guérison, il faut amener l'arrêt absolu du cours du sang et faire la compression totale. Comment alors expliquer les guérisons spontanées survenues alors que la compression, faite pendant peu de temps, était déjà abandonnée depuis plusieurs jours ?

M. Giraldès a dit que la guérison survenant après quelques heures ruine la théorie de Bellingham, puisqu'on ne peut admettre que la quantité de sang qui passe par l'anévrysme puisse fournir la quantité de fibrine nécessaire à la réplétion du sac. Je ne vois pas en quoi la guérison, survenant en quelques heures, puisse démontrer l'impossibilité de la guérison par la compression incomplète de l'artère.

Il faut, dit M. Giraldès, la compression totale, mais il y a nombre de circonstances dans lesquelles on est obligé de renoncer à cette compression totale par suite de la douleur éprouvée par le malade.

La lente formation de caillots fibrineux, l'établissement simultané de la circulation collatérale, tel est le mécanisme de la guérison, et, dans certains anévrysmes, on suit pas à pas, en même temps que la solidification de la poche, le développement des artères collatérales.

M. LÉON LE FORT. Je ne crois pas que les raisons données par M. Trélat puissent modifier nos opinions sur la non-certitude de la théorie de Bellingham. Dès 1865, et par conséquent bien avant MM. Murray et Mapother, j'ai montré, dans l'article ANÉVRYSME du *Dictionnaire encyclopédique*, que la solidification de quelques anévrysmes, en une ou deux heures, renverse tout l'échafaudage de cette théorie. Je ne veux pas rééditer verbalement ce que j'ai écrit, mais appuyer brièvement ce que vient de dire M. Giraldès. Pour qu'un anévrysme puisse se solidifier en une heure par la formation de caillots exclusivement fibrineux, il faudrait que toute la fibrine de tout le sang du corps fût rassemblée dans l'anévrysme, et dans quelque cas toute la fibrine du sang, fibrine hydratée, ne suffirait pas à remplir la poche. Il faudrait donc que tout le sang du corps eût passé dans l'anévrysme, précisément alors que la compression a pour but de réduire la quantité normale du sang qui passe dans l'artère.

Que se passe-t-il donc? Le sang que la compression fait stagner dans la poche se coagule, l'anévrysme durcit, mais conserve son volume. Puis, la partie liquide du caillot se sépare, rentre dans le vaisseau. La partie solide du caillot, fibrine et globules, reste dans la poche, et alors deux choses se passent. Ou bien le sac revient sur lui-même, suit le retrait du caillot, celui-ci se durcit, se transforme peu à peu en caillot solide, et la guérison arrive; ou bien le sac ne revient pas sur lui-même; le caillot, par suite de la disparition du sérum, ne suffit plus à remplir la poche et ne fait que diminuer sa capacité; alors le sang rentre de nouveau dans l'anévrysme, les battements reparaissent, et il semble qu'il y a récidive complète, insuccès absolu. Il n'en est pourtant pas tout à fait ainsi. Qu'on fasse une seconde tentative de compression, les mêmes phénomènes se passeront dans le sac partiellement comblé par la première tentative; qu'on en fasse une troisième, une quatrième, et l'on arrivera à remplir tout le sac, on arrivera à une guérison définitive. Il ne faut donc

pas se décourager trop vite, et ne pas oublier que la compression totale et intermittente est la meilleure méthode thérapeutique à employer dans le traitement des anévrysmes.

M. GIRALDÈS. Il s'agit d'une question de physiologie; c'est du mode de guérison des tumeurs anévrysmales traitées par la compression. Si je suis, comme le dit M. Trélat, impressionné par des faits exceptionnels, il faut avouer que ces faits sont des exceptions fréquentes, car il est loin d'être rare de voir des anévrysmes se guérir en une ou plusieurs heures. Si la théorie de Bellingham est vraie, tous les cas de ligature devraient échouer, car la circulation, dans ces cas, est interrompue brusquement, et il ne peut se former que des caillots passifs.

La guérison, dit M. Trélat, coïncide avec le rétablissement de la circulation; n'a-t-on pas vu cependant de nombreux anévrysmes récidiver par le rétablissement de la circulation collatérale?

En 1845, j'avais admis la théorie de Bellingham et j'avais rendu compte dans le journal de Malgaigne des faits publiés; mais, plus tard, quand j'ai vu des anévrysmes guéris en quelques heures, j'ai été obligé de conclure autrement.

M. TRÉLAT. Personne n'est en désaccord sur la nature des objets renfermés dans un anévrysme guéri. Là où le désaccord commence, c'est sur le mécanisme de la production du caillot. Que la théorie de Bellingham soit vraie ou fausse, cela change-t-il quelque chose au résultat? Non, mais cela change quelque chose au traitement. Il faut que des caillots se forment dans la tumeur; la compression peut avoir et a pour résultat de favoriser le dépôt des caillots fibrineux; dût-elle ne pas réussir à amener une guérison, e e peut du moins la favoriser en comblant une partie du sac.

RAPPORT ORAL SUR LA THÈSE DE M. STOPIN, INTITULÉE : *Traitement de l'Anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse*, PAR M. LIÉGEOIS.

Cette thèse est un recueil très-consciencieusement fait des observations publiées jusqu'à ce jour sur la matière. Mais je dois dire de suite qu'après la lecture très-attentive que j'en ai faite, je diffère radicalement de l'auteur au point de vue de la valeur qu'il paraît accorder à la méthode de la flexion dans le traitement des anévrysmes poplités.

Quoique sobre de conclusions générales, M. Stopin dit quelque part que cette méthode doit occuper, parmi celles qui sont le

plus en faveur, la compression digitale et la ligature, le premier rang. J'espère vous démontrer, avec les observations mêmes de cet auteur, que la flexion est loin d'être supérieure à la compression digitale.

Dans son premier chapitre, M. Stopin s'occcupe de la question historique. Je ne m'y arrêterais pas si je n'avais à rappeler le nom d'un collègue qui a été oublié par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. Je veux parler de Lenoir. Il est bien certain, comme le dit M. Stopin, que c'est Lenoir, le premier, qui fit usage de la flexion de la jambe sur un sujet atteint d'un anévrysme poplité, et qui avait été traité pendant un mois par la compression indirecte. Sa tentative, il est vrai, échoua, mais elle fut poursuivie pendant un mois. Seulement, Lenoir n'employa que la demi-flexion, et non la flexion totale ou graduelle, ou intermittente, comme elle a été mise en usage depuis. Mais si Lenoir a la priorité de l'emploi de la méthode pour les anévrysmes poplités, la priorité du premier succès appartient à Maunoir. Ce que l'ont peut appeler la priorité scientifique revient à Hart. C'est Hart en effet qui appela surtout l'attention des chirugiens sur les services que pouvait rendre cette méthode.

La communication à la Société de chirurgie, faite en 1863, ne fut pas sans doute sans influence sur la propagation de l'idée en France, car cet auteur la présentait alors sous un jour tellement favorable qu'il dut nécessairement entraîner un certain nombre de chirurgiens à son emploi. Hart signalait en effet douze succès; il rappelait, à la vérité, un insuccès de Fergusson; mais celui-ci n'avait employé la flexion dans un cas que comme moyen, en quelque sorte, accessoire.

Le nombre d'observations relevées par M. Stopin est de 49. Presque toutes sont empruntées à la chirurgie anglaise, à l'exception de 8 seulement, appartenant à MM. Maunoir (de Genève), Piachaud (de Genève), Sistach (2), Denucé, Verneuil, Estevenet, Lenoir.

L'auteur examine successivement les cas de succès et les cas d'insuccès.

Pour les premiers, il les divise en trois catégories.

1° *Cas où la flexion seule a été employée.* — Cette catégorie comprend 7 observations. L'âge des sujets était de 30 à 40 ans; un seul malade avait 61 ans.

Le volume de l'anévrysme n'était près très-considérable; un seul avait le volume du poing; les autres avaient celui d'un citron, d'une orange, d'un œuf de poule, d'une noix.

Les anévrysmes auxquels on avait affaire siégeaient sur les divers points du losange poplité, en haut, au milieu, en bas.

Tous, à l'exception de deux, ne présentaient plus de battements quand la flexion était faite; et, pour ces deux cas exceptionnels, les battements étaient très-faibles.

Ces 7 malades ont guéri sans récidive, la flexion ayant duré 3 jours, 5 jours, 6 jours, 15 jours, 18 jours.

Enfin, dans tous les cas on employa la flexion continue. Elle n'a pas été constamment portée au même degré, mais l'échelle de variation fut trop faible pour rentrer dans ce que l'on appelle la flexion graduelle.

2° *Cas où la flexion a été employée, certaines autres méthodes de traitement ayant échoué.* — Cette catégorie comprend 4 faits seulement. 2 sont dignes d'être rappelés : l'un de Spence, dans lequel il s'agit d'un sujet qui, après avoir subi la ligature de l'artère fémorale, puis la compression directe de l'anévrysme, puis la compression indirecte pendant 6 mois, guérit après 5 jours de traitement par la flexion. L'autre est de Johnson, dans lequel 6 jours de flexion guérirent là où 3 mois de compression avaient été inutiles. Les 4 sujets de cette catégorie possédaient des anévrysmes de dimensions moyennes : celles d'une orange, d'un œuf de poule.

3° *Cas où la flexion a été employée concurremment avec d'autres procédés.* — Cette catégorie comprend 15 sujets. Il est toutefois difficile ici de faire la part de la flexion dans les succès obtenus. Une seule de ces observations doit certainement, sinon entièrement, mais en très-grande partie, appartenir à cette méthode : c'est celle de M. Verneuil. Il s'agissait d'un sujet chez lequel la compression indirecte de l'artère fémorale, puis la compression indirecte renouvelée, avaient été faites sans succès. De plus, à la suite de ces tentatives, une eschare s'était formée sous la pelote d'un compresseur. M. Verneuil, ayant fait l'examen des urines, reconnut que le sujet était diabétique. Un traitement approprié fut suivi par le malade, et quand celui-ci parut guéri de son diabète, le chirurgien entreprit la flexion forcée. La flexion, étant très-douloureuse, fut faite d'une façon intermittente seulement, une demi-heure chaque jour. L'anévrysme s'améliora ; mais comme il persistait encore quelques battements en un point, M. Verneuil fit usage, concurremment avec la flexion, d'abord de la compression indirecte avec un coussin conique appliqué sur la partie supérieure de l'artère poplitée, ensuite de la compression directe de l'anévrysme, puis des linges pliés en deux dans le creux poplité. La guérison ne fut obtenue, à la vérité,

qu'après un traitement par la flexion de 2 mois 1/2; mais cette observation est des plus intéresssantes en ce qu'elle montre comment, avec de la persévérance, onpeut arriver à la guérison d'anévrysmes en réalité des plus rebelles.

Chez les 15 sujets de cette catégorie, la moitié au moins possédaient des anévrysmes d'assez grosses dimensions, celle du poing (Verneuil), d'un œuf de dinde, d'un œuf d'oie.

Les insuccès sont au nombre de 23. Les uns sont dus à ce que la flexion, ayant été tolérée, a été inefficace (3 cas). Les autres à ce que la flexion, n'a pu être tolérée par suite de la douleur qu'elle avait provoquée. Ces sujets durent être, pour cette raison, traités par la compression ou la ligature de l'artère fémorale.

Dans les cas où la flexion a été intolérée, cas qui sont au nombre de 9, la flexion a été généralement forcée ; mais dans un (Lyon), elle ne dépassait pas l'angle droit. On peut toutefois se demander si dans la plupart de ces cas on avait essayé la flexion graduelle ou intermittente, le succès ne s'en serait pas suivi. Enfin, un certain nombre d'insuccès se sont traduits par des accidents survenus après l'emploi de la méthode. On trouve sept fois la rupture du sac et une fois son inflammation. Comme quelques-unes de ces observations peuvent être sujettes à contestations, je demande la permission de les résumer brièvement.

1° Obs. de Rooke. — L'anévrysme poplité avait 12 centimètres en hauteur, 17 en travers. La flexion fut faite pendant 15 jours; il n'y eut qu'une amélioration. Un mois de compression parut amener la guérison, et tout à coup le membre se tuméfie, devient insensible. Il fallut amputer « en raison de l'énorme gonflement du genou, de l'accroissement rapide du volume de la tumeur, de l'extrême distension du tégument à la partie inférieure du membre, du froid glacial et de l'insensibilité des orteils et de l'état pitoyable du patient. » Il y a tout lieu de croire que, dans ce cas, une rupture s'est effectuée. Ce fait n'est pas, il est vrai, indiqué dans les détails de l'autopsie; il est dit seulement qu'on trouva un liquide foncé dans les tissus. A la vérité, on pourrait attribuer à la compression faite après la flexion ce résultat; mais remarquons qu'après la compression d'une artère dans les cas d'anévrysme, la rupture du sac a été signalée très-rarement. Aussi, dans le relevé de Malgaigne, sur 108 anévrysmes fémoraux ou fémoro-poplités, cette circonstance n'est indiquée qu'une fois; et dans 108 cas d'anévrysmes poplités, elle n'est pas signalée.

2° Obs. de Sistach. — L'anévrysme avait le volume d'une noix. La flexion de la jambe fut faite à angle aigu pendant 5 jours, puis la compression indirecte de l'artère fémorale pendant 48 heures à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait de plus la jambe dans la flexion. Celle-ci fut suspendue, puis reprise. Alors les douleurs devinrent tellement vives que le malade enleva son bandage. Bientôt la tumeur prit un volume considérable, la circonférence du genou augmenta notablement. La douleur s'exaspéra. Une ecchymose survint au creux poplité. Ligature de la fémorale; érysipèle de la plaie, hémorrhagies consécutives, gangrène humide suivirent. Mort. A l'autopsie, on trouva 100 grammes de sang sous l'aponévrose.

3° et 4° Obs. de Paget et de Moore. — Ces deux observations sont différemment interprétées par les auteurs; pour les uns, la rupture du sac aurait précédé la flexion; pour les autres, elle aurait été consécutive. Nous les rapporterons telles qu'elles sont consignées dans les *Archives* (année 1859, t. II). « Voici, dit l'auteur d'une revue, deux observations qui démontrent que la méthode de la flexion a aussi ses dangers. »

Le malade de M. Moore portait un anévrysme poplité d'un volume énorme. On mit le genou dans la flexion forcée; l'anévrysme s'ouvrit dans l'articulation; mais on parvint heureusement à sauver le malade par la ligature de l'artère fémorale.

Chez le sujet, âgé de 30 ans (homme robuste), traité de la même manière par M. Paget, l'anévrysme datait de 5 semaines, mais il était très-volumineux. A la suite de la flexion du genou, l'anévrysme augmenta rapidement de dimensions; il devint très-douloureux; le tissu cellulaire s'infiltra beaucoup. M. Paget se décida, après quelques jours, à lier l'artère fémorale. Il paraît qu'il craignait, sans en être sûr, que l'anévrysme ne fût rompu. Les suites immédiates de l'opération furent d'ailleurs très-favorables.

5° Obs. de Fayrer. — L'anévrysme avait le volume d'un œuf de canard. La jambe fut fléchie avec douceur. Un quart d'heure après, les douleurs furent tellement vives que le malade enleva lui-même les bandes. Survint bientôt un gonflement diffus dans le jarret. « L'anévrysme, dit l'auteur, paraît avoir éclaté. » Ligature de la fémorale; gangrène; amputation de la cuisse.

6° Obs. de Lane. — L'anévrysme avait le volume d'une noix de

coco ; 5 jours de flexion furent faits ; 3 jours après survinrent de la douleur et du gonflement du genou. Le sac de l'artère semblait être rompu. Ligature de la fémorale. Guérison.

7° Obs. de Berkelt. — La compression a été faite pendant 14 jours ; la tumeur fut réduite à la grosseur d'une petite bulle et avait acquis une grande dureté ; on eut alors recours à la flexion, qu'on abandonna ensuite pour revenir à la compression ; mais l'anévrysme se rompit et on lia la fémorale.

8° Obs. de Crampton (Infiltration du sac). — La tumeur avait 19 centimètres 1/2 verticalement. On fit la flexion graduelle, il y eut peu d'amélioration. Une eschare apparut de 1 pouce de large. On employa la compression indirecte sur l'artère fémorale, puis la compression digitale. Pendant l'emploi de ces moyens, l'eschare du jarret se sépara et mit à découvert un caillot noir qui remplissait le sac. Celui-ci s'enflamma, la guérison s'ensuivit néanmoins.

Ainsi donc, s'il est dans ces huit observations quelques doutes qui paraissent planer sur l'influence qu'a exercée la flexion sur ces accidents, il en est bon nombre où cette influence a été incontestable. La méthode de la flexion n'est pas, par conséquent, aussi innocente que le pensait Hart et que le pensent encore aujourd'hui un certain nombre de chirurgiens. A ces observations désavantageuses à la méthode, j'en ajouterai encore une autre, celle d'Estevenet. A la suite de la flexion, l'anévrysme était en voie d'amélioration quand le chirurgien pratiqua la malaxation ; une eschare se forma au creux poplité, elle fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. On peut toutefois se demander si, dans cette observation, la malaxation de la tumeur n'a pas été pour quelque chose dans ce fâcheux résultat.

Peut-on trouver la cause de ces insuccès ? Est-ce dans l'âge des sujets ? Ceux-ci avaient de 30 à 50 ans, un seul avait 58 ans. Le volume de la tumeur paraît avoir une importance plus grande, car sur dix-huit observations où le volume est relaté, on trouve dix anévrysmes supérieurs aux dimensions du poing.

Il est difficile de dire, en raison de la brièveté de la plupart des observations recueillies par M. Stopin, si l'état liquide ou solide de la tumeur a eu sur ces insuccès une influence certaine. Dans quatre cas la tumeur était molle, compressible, réductible ; dans trois cas elle parut contenir des dépôts de fibrine.

Un élément dont on doit tenir grand compte dans ces insuccès, est l'état granulo-calcaire des artères. Cette lésion a été signalée

sept fois dans les observations. Il est toutefois difficile de dire le rôle qu'elle a pu jouer dans ces cas.

Disons enfin que dans cette catégorie de malades qui n'ont pas guéri par la flexion, les battements de l'anévrysme disparaissaient sous l'influence de cette position donnée aux membres; seulement ce genre de considération a été passé sous silence dans un certain nombre d'observations.

En somme, les contre-indications les plus probables de la méthode sont, comme le pense M. Stopin, la douleur vive produite par la flexion modérée, un volume considérable de l'anévrysme, la dégénérescence granulo-calcaire du système artériel.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que la méthode de la flexion est loin d'être aussi efficace que le promettaient les premiers succès annoncés par Hart, puisque en consultant les observations consignées par M. Stopin, le nombre des succès est de 55 p. 100 et non de 92 p. 100 (d'après Hart 12 succès, 1 insuccès).

Voyons maintenant si la compression digitale est inférieure dans ses résultats à la flexion. Pour juger cette question, j'ai détaché du tableau des anévrysmes de M. Richet (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*) les anévrysmes poplités traités par la compression digitale. Ceux-ci sont au nombre de 31. J'ajouterai à ces cas ceux qui ont été présentés depuis la publication de ce tableau (1864) à la Société de chirurgie par MM. Demarquay, Legouest (2 cas), Désormeaux, Houel, Vanzetti; ce qui constitue un total de 37 cas. Or sur ces 37 cas je trouve 26 succès, par conséquent 70 p. 100, chiffre supérieur à 55 p. 100 se rapportant à la flexion.

De plus, je ne trouve dans ces 37 cas que trois accidents : deux fois eschare (Bourgeret, Désormeaux), une fois gangrène de la jambe survenue un mois après la solidification de la tumeur (Verneuil). La compression digitale paraît donc être plus sûre dans ses résultats que la flexion.

Je me suis demandé aussi si la flexion ne nuisait pas à l'emploi des autres méthodes une fois qu'elle avait échoué. Relevant les observations consignées dans la thèse de M. Stopin, je trouve que sur vingt-trois observations d'insuccès, quinze fois on a fait la ligature de l'artère fémorale, la compression ayant échoué huit fois à la suite de la ligature; il y a eu 12 guérisons, 3 morts, 3 amputations; les 3 amputés ont guéri.

Après l'insuccès de la flexion, la compression, n'a réussi que cinq fois sur treize sujets. Enfin, dans un cas il y a eu un abcès du mollet, suivi de mort, survenue après la flexion et la compression avec

des fils métalliques (Trob); dans un autre cas, une injection de perchlorure de fer a été faite dans l'anévrysme et fut suivie de mort, après la compression indirecte et la flexion (Lenoir).

L'observation suivante, recueillie cette semaine dans le service de M. Richet, montrera cependant qu'en se mettant dans la condition que je viens de signaler, certains anévrysmes poplités résistent à l'emploi successif de la compression digitale et de la flexion, et sans qu'on puisse en découvrir la raison, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

Il y a donc tout lieu de demander d'après cela si la flexion n'aggrave pas les anévrysmes dans les cas où elle ne réussit pas, de manière à diminuer les chances de la compression digitale ou mécanique. Pour mon compte, d'après ces résultats, je suis tout disposé à croire que, quand il n'y a pas d'indications spéciales qui exigent l'intervention d'une méthode donnée, c'est à la compression digitale qu'on doit recourir tout d'abord, la flexion ne devant venir qu'après.

Observation prise dans le service de M. Richet et recueillie par M. Domange, interne du service.

Le nommé C..., âgé de 30 ans, de bonne constitution, est entré à l'hôpital des Cliniques le 29 juin. Cet homme a fait la campagne du Mexique, attaché au train des équipages. Il montait peu à cheval, il n'a eu ni blessure, ni maladie. De retour chez lui il se fit berger, dans un pays peu montagneux, et ne se fatigua pas beaucoup par la marche.

Vers la fin de l'année 1868, il s'aperçut qu'il portait au creux du jarret une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, et n'y fit que peu attention; cette tumeur, dit-il, disparut pendant un certain temps pour ne se montrer de nouveau que vers la fin de janvier 1869, époque à partir de laquelle elle grossit progressivement Cet homme entre à l'hôpital des Cliniques le 29 juin, et l'on constate alors l'état suivant :

Le creux poplité est rempli par une tumeur de la grosseur du poing, et qui fait une saillie manifeste à l'intérieur. Elle semble occuper surtout la partie inférieure du losange poplité. La peau qui la recouvre est très-mobile, sans changement, si ce n'est qu'elle est plus colorée que les parties voisines. La fluctuation est des plus évidentes. La main appliquée sur la tumeur constate un soulèvement

en masse, et un mouvement d'expansion isochrone avec le pouls de l'artère fémorale. Ces mouvements disparaissent par la compression de l'artère au pli de l'aine, en même temps que la tumeur diminue manifestement de volume ; la compression ayant cessé, la tumeur reprend son volume primitif, non brusquement, mais par saccades. L'oreille appliquée sur elle perçoit un bruit de souffle continu avec renforcement au moment de la systole. La température de la jambe malade est de 1 degré supérieure à celle du membre sain. Il y a un œdème assez marqué au-dessous de la tumeur, œdème qui augmente par la station debout.

Le malade éprouve des fourmillements, des élancements douloureux dans le mollet, devenant intolérables pendant la marche. Pas d'épanchement dans l'articulation du genou.

Le 6 juillet, à huit heures du matin, on commence la compression digitale au pli de l'aine ; elle est maintenue d'une façon continue jusqu'à dix heures du soir. A ce moment la tumeur est dure, elle a perdu sa fluctuation, elle n'est plus le siége ni de mouvements d'expansion, ni de bruits de souffle. On applique le compresseur de Signorini pendant deux jours, la guérison semble se maintenir.

Le 9 au matin, on constate un léger soulèvement de la tumeur, pas de bruit de souffle.

Le 10, le mouvement d'expansion et le bruit de souffle ont reparu ; l'un et l'autre ont augmenté jusqu'au 15 juillet.

Alors on fait la flexion graduelle de la jambe sur la cuisse, au moyen de deux courroies fixées d'une part à une guêtre qui entoure le pied, et d'autre part à un caleçon entourant le bassin et la racine de la cuisse.

La flexion est augmentée graduellement jusqu'au 22 juillet. Dès le 18 juillet, les battements et le souffle avaient disparu, mais le malade supportant facilement la flexion, elle est maintenue jusqu'au 22. A la levée de l'appareil, on ne perçoit plus à la périphérie de la tumeur que quelques battements, qui sont rapportés à des artères collatérales. Pendant toute la durée de ce traitement, le malade ne s'est plaint que de la compression exercée sur la crête du tibia par la courroie de la guêtre, et n'a accusé aucune douleur dans le genou. Quand la guêtre fut enlevée, par mesure de prudence, M. Richet crut devoir continuer la flexion, mais seulement avec une simple courroie qui embrassait la cuisse et la jambe ; cette courroie ayant été mal supportée, le premier appareil fut remis. A cette époque seulement le malade se plaint de douleurs dans la jointure, mais de douleurs qu'il supporte facilement.

Le 27 juillet, les battements sont revenus dans la tumeur ainsi que le bruit de souffle. M. Richet enlève l'appareil, et l'on constate l'absence de caillots dans la poche. On voit à l'œil nu le mouvement d'expansion assez prononcé; les battements sous la main ainsi que le souffle paraissaient avoir la même intensité que le premier jour. L'appareil pour maintenir la flexion est resté en place douze jours. 28 juillet, le malade n'a pas souffert depuis la levée de l'appareil. M. Richet se dispose à faire la ligature de la fémorale à la partie moyenne (1).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 4 AOUT 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le dernier fascicule du *Traité de diagnostic chirurgical* de Foucher, par M. Desprès.

Discussion sur le procès-verbal

M. CHASSAIGNAC. Dans la dernière séance, M. Giraldès a cru pouvoir affirmer que la compression digitale ne pouvait guère être continuée par un même aide au delà de dix minutes. Je crois devoir rappeler à la Société que je lui ai présenté jadis un malade guéri d'un anévrysme poplité par la compression digitale. Or, l'aide qui

---

(1) La ligature pratiquée depuis a été suivie de la mort du malade.

s'était chargé de la compression avait pu la continuer pendant plus d'une heure, grâce à un artifice que je mis en usage. Il consiste à faire appliquer sur les doigts de l'aide un sac rempli de plomb de chasse, sac dont on peut augmenter ou diminuer facilement le poids.

M. GIRALDÈS. Lorsqu'il s'agit de compression incomplète, je crois qu'un aide peut comprimer aussi longtemps que le dit M. Chassaignac; mais nous n'avons parlé que de la compression totale, et celle-ci, je le répète, ne peut être exécutée complétement, sûrement, efficacement, au delà de dix minutes.

M. CHASSAIGNAC. Je ne puis savoir ce qui se passait dans l'anévrysme, mais ce que je puis affirmer, c'est que, dans ce cas, nous arrêtions complétement les battements dans toutes les artères placées au-dessous du sac, et je crois pouvoir avancer que la compression devait être totale, bien que continuée longtemps, grâce au secours du sac de plomb.

COMMUNICATION

Sur les lésions de la coxalgie à son début. — M. GUÉNIOT. Les occasions d'étudier les lésions anatomiques de la coxalgie, dans sa période initiale, se présentent assez rarement pour qu'il y ait un véritable intérêt à n'en perdre aucune. C'est pourquoi je m'empresse de mettre sous les yeux de la Société une pièce pathologique de ce genre. L'observation en a été recueillie par mon interne, M. J. Renaut, qui a en même temps figuré, dans un très-beau dessin, les principaux détails de la lésion.

Coxalgie au début; abcès péri-articulaire sans communication avec l'article. Mort par rougeole compliquée de croup. — Arm... (Valentine), âgée de six ans et demi, entre le 6 juin 1869 dans le service de M. le docteur Guéniot, à l'hospice des Enfants-Assistés.

Cette enfant, bien conformée et forte pour son âge, se plaignait d'avoir reçu en jouant avec ses compagnes un violent coup de pied dans l'aine droite. Elle ne pouvait marcher, ni même s'appuyer sur le membre correspondant pendant la station debout. Les mouvements communiqués à l'articulation coxo-fémorale, bien que très-douloureux et fort redoutés par la malade, ne donnaient lieu à aucune crépitation intra-articulaire, et l'on ne trouvait au palper aucun empâtement, ni aucune tuméfaction anormale. Le diagnostic, *arthrite*

coxo-fémorale subaigue, de cause inconnue, fut porté en conséquence de ces symptômes. Il n'était en effet nullement certain que l'enfant eût été blessée comme elle le prétendait, et la région de l'aine n'offrait aucune trace de violence.

Au bout de peu de jours, cette petite fille fut prise de rougeole, et le 13 juin elle passa dans le service de médecine. Elle y mourut du croup, de pneumonie et de gangrènes multiples, le 23 du même mois, après avoir été trachéotomisée le 20. Pendant ce temps, la douleur de la hanche avait paru incomplétement cesser d'abord, pour reprendre ensuite, dans les deux ou trois derniers jours de la maladie, une intensité nouvelle.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, outre de nombreux désordres du côté de l'appareil respiratoire, présenta, au point de vue chirurgical, les particularités suivantes : les régions de l'aine et de la hanche étant disséquées couche par couche, on découvrit sous le psoas, dans la bourse séreuse qui sépare la face profonde de ce muscle de l'articulation de la hanche, une collection purulente parfaitement limitée, close de toutes parts et ne communiquant pas avec l'article. L'abcès contenait environ 30 grammes de pus jaune verdâtre, grumeleux et de consistance de lait caillé. La capsule articulaire fut ensuite découverte ; elle était entourée d'un tissu jaune, gélatiniforme, infiltré de sérosité et englobant dans sa masse les nombreux tendons qui s'insèrent à ce niveau. Après l'incision de la capsule, il ne s'écoula aucun liquide, et l'on constata que la tête fémorale et le cotyle étaient en contact parfait ; il fallut un effort assez énergique pour obtenir leur séparation, qui s'effectua avec bruit. La cavité articulaire était donc bien vide ; mais la séreuse était colorée en rouge ou en orangé pâle, avec une vive injection arborisée, dans presque toute son étendue. Les cartilages d'encroûtement de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde avaient perdu leur couleur bleu-translucide pour devenir d'un jaune ocreux, pâle mat, nuancé par places de rose très-pâle. Leur surface était restée néanmoins brillante et lisse. Le bourrelet synovial et graisseux qui s'observe normalement à l'union de la tête et du col dans les 2/3 antéro-internes était devenu d'un rouge carminé très-vif. Le ligament rond et le bourrelet graisseux du cotyle étaient également injectés. Enfin, des concrétions pelliculaires, sorte de pseudo-membranes très-délicates, s'observaient sur la partie intra-capsulaire du col, surtout au niveau du cul-de-sac inférieur de la synoviale.

A la partie postérieure du col du fémur, on voyait un point de l'os dénudé et érodé formant une petite ulcération elliptique de

5 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur. C'était la seule lésion osseuse existant dans le squelette de la région. Le cotyle ne portait aucune érosion semblable.

Voici maintenant quelles sont les altérations que M. J. Renaut a rencontrées dans la constitution histologique du cartilage de la tête du fémur.

Le tissu cartilagineux était devenu cassant et friable, et il était difficile d'y faire des coupes égales et minces. Les couches les plus superficielles du cartilage d'encroûtement étaient le siége d'une désorganisation avancée. On ne voyait plus sur les préparations aucune trace de capsules cartilagineuses, et la substance fondamentale, devenue finement granuleuse, était creusée d'espaces irréguliers, remplis de gouttelettes graisseuses. Au-dessous de cette couche complétement détruite, le cartilage était également très-malade, mais les chondroplastes étaient conservés; seulement, la majeure partie de leurs éléments cellulaires avait disparu, et ni l'acide piérique ni le carmin ne pouvaient déceler dans la capsule cartilagineuse le noyau et la masse de protoplasma qu'elle contient normalement. Les granulations graisseuses avaient pris la place de ces éléments, et gorgeaient la cavité capsulaire dépourvue de noyau. Dans les couches les plus profondes, enfin, la lésion était beaucoup moins accentuée; l'on observait seulement une très-forte proportion de granulations graisseuses dans le protoplasma qui entoure le noyau de la cellule cartilagineuse. La substance fondamentale commençait également à devenir granuleuse. On voit donc qu'il s'agit ici d'une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage, dégénérescence qui atteint son maximum d'intensité à la périphérie, et qui n'est encore qu'à son début dans les couches profondes.

Presque en même temps que le fait précédent était soumis à notre observation, un autre cas du même genre (mais à une période moins avancée encore des lésions) se produisait dans le service de mon collègue M. Parrot. En voici l'observation abrégée, que je dois à l'obligeance de M. Roque, externe du service, ainsi qu'un dessin qui a été très-exactement fait par M. Renaut.

Armande A..., âgée de 7 ans, est entrée le 10 juin 1869 à l'hospice des Enfants-Assistés. Le lendemain, je crus m'apercevoir qu'elle boitait un peu du côté gauche; mais la marche restait assez facile pour que la religieuse du service ne reconnût rien d'anormal, et je n'insistai pas. Cependant, quelques jours plus tard, je m'assura

qu'il existait bien réellement une claudication très-légère, et c'est le membre gauche qui me parut être affecté.

La mère de l'enfant n'a jamais remarqué que celle-ci boitât. Avant son entrée à l'hospice, le 9 juin, la petite malade ne pouvait, il est vrai, que difficilement se tenir debout; mais cet état fut attribué aux privations qu'elle avait subies pendant un séjour de deux mois chez une tante. A l'hospice, elle ne se plaignit jamais de la hanche. Pendant plusieurs jours elle est restée dans la division des filles, jouant et courant comme ses compagnes, jusqu'au 17 juin, où elle fut atteinte d'une angine grave. Dix jours après elle succomba, et M. Parrot constata l'existence de tubercules dans les poumons.

A l'autopsie, les deux articulations coxo-fémorales furent examinées avec soin. Tandis qu'à droite le cartilage de la tête du fémur était d'un blanc bleuâtre normal et offrait une surface lisse très-brillante, à gauche, au contraire, il présentait une teinte jaune ocreux uniforme et paraissait moins translucide. C'était, d'ailleurs, la seule différence constatable à l'œil nu entre le côté sain et le côté malade. Mais à l'examen microscopique on trouva, dans le cartilage fémoral gauche, les mêmes lésions que celles du fait précédent, c'est-à-dire une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage; dégénérescence surtout avancée dans les couches les plus superficielles.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, on voit que la maladie articulaire était tout à fait à son début. C'est à peine si, dans le second, elle se traduisait pendant la vie par une claudication légère et probablement intermittente. Cependant, déjà le revêtement cartilagineux de la tête fémorale offrait des lésions semblables à celles qui caractérisent la période initiale de la coxalgie. Ces altérations du cartilage sont, en effet, identiques à celles que M. Paquet a observées et qu'il a décrites avec beaucoup de soin dans son *Étude sur les tumeurs blanches* (thèse; Paris, 1867). Il me paraît donc probable que les deux faits dont il s'agit appartiennent réellement à cette sorte d'affection articulaire.

On peut se demander si, dans le premier cas, les lésions de l'article ne seraient pas la conséquence de l'abcès développé dans la bourse séreuse du psoas. Mais si l'on considère, d'une part, que cette poche purulente ne communiquait pas avec l'articulation, et que, d'autre part, le tissu osseux était altéré et dénudé en un point, on sera plutôt enclin à considérer les deux affections comme ayant une origine contemporaine et, vraisemblablement aussi, une cause commune.

Ce qu'il importe encore de remarquer, c'est, dans la première observation, la généralité des lésions qui, même à cette période peu avancée, affectent tout à la fois le cartilage, la synoviale et le tissu osseux. Dans le second cas, au contraire, un seul élément articulaire est intéressé, et c'est le tissu cartilagineux.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GUERSANT. Le malade que je vous présente a subi, à l'âge de 11 ans, l'amputation partielle du pied par la méthode de M. Lisfranc. L'avant-pied avait été écrasé; je fis l'opération le lendemain de l'accident, le 18 mai 1846.

Les faits se passaient à l'hôpital des Enfants-Malades. Il n'y eut aucun accident, et l'enfant sortit guéri le 8 juillet. Il y a donc 23 ans que l'amputation a été faite; vous pouvez constater le parfait état du moignon. Le malade s'est toujours bien servi de son pied et peut faire sans fatigue de très-longues marches.

M. DEMARQUAY a eu l'occasion d'amputer au milieu du tarse, et il a obtenu des résultats parfaits, bien que les idées admises à cette époque fissent redouter des inconvénients ultérieurs.

M. CHASSAIGNAC appelle également l'attention sur ce point et montre combien l'on avait exagéré les craintes sous le rapport des résultats éloignés de la méthode.

M. LÉON LE FORT présente à la Société un malade atteint depuis deux ans d'une tumeur de la région fessière, présentant des battements obscurs et un bruit de souffle très-marqué; il demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic, car il hésite entre une tumeur maligne très-vasculaire, ou un anévrysme de la région fessière. Le toucher rectal fait constater à M. Guérin l'existence d'une tumeur intra-pelvienne, ce qui doit faire penser à une tumeur fibro-plastique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GUÉRIN présente un cristallin atteint de cataracte capsulaire, recueilli à l'autopsie d'un vieillard.

M. PERRIN. Les opacités cristallines débutent souvent par les couches corticales, et consistent dans une prolifération cellulaire dans la couche épithéliale qui double la capsule. Il est probable qu'on a affaire ici à un cas semblable.

M. GIRAUD-TEULON se range à l'opinion de M. Perrin; le microscope seul pourrait décider s'il s'agit d'une cataracte vraiment capsu-

laire, ou d'une opacité de la couche épithéliale, ou d'un exsudat inflammatoire sur la couche externe de la capsule. Dans tous les cas, au point de vue chirurgical, il y aurait à extraire la capsule.

M. VERNEUIL rappelle que c'est à Broca que l'on doit d'avoir établi par le microscope le siége des opacités capsulaires.

M. GUÉRIN. Je reconnais que dans l'état où elle se trouve, la pièce ne peut entraîner la conviction; elle a macéré, a été maniée à plusieurs reprises et a perdu son aspect primitif. A la loupe, on pouvait apercevoir une opacité allant des procès ciliaires au cristallin. Au-dessus de l'humeur de Morgagni opaque, on pouvait apercevoir le cristalloïde également opaque. L'autre cataracte a été disséquée et sera présentée à la Société anatomique après avoir été soumise à l'examen de MM. Robin et Ranvier.

M. F. GUYON montre à la Société un corps étranger qu'il a extrait de la vessie; le corps étranger est une tige d'oignon, longue de 15 centimètres; elle est incrustée de phosphate calcaire. Le malade était dans un état d'ivresse lorsqu'il introduisit ce corps étranger, qui se brisa et qui resta en partie dans la vessie. Six semaines après, le 15 juillet, il se présenta à l'hôpital Necker. Ce malade avait été lithotritié autrefois, et affirmait qu'il était de nouveau atteint de la pierre. L'exploration ne donnait d'autre sensation que celle d'une colonne charnue incrustée. La vessie ne contenait que 60 à 80 grammes de liquide; le malade souffrait en urinant, urinait fréquemment, à peu près aussi souvent la nuit que le jour.

Le 21 juillet, premier essai de lithotritie; bien que la capacité de la vessie n'ait pas été augmentée, un corps étranger fut immédiatement saisi; le rapprochement des mors du lithotriteur fut extrêment facile et ne donna lieu à aucune sensation d'éclat. Les cuillers contenaient une notable quantité de phosphate calcaire et une petite membrane de la largeur de l'ongle. Examinée, cette singulière production fut reconnue de nature végétale. Le malade fit alors des aveux. Prévenu dès lors, je cherchai sans succès, le 26, à saisir le corps étranger; la vessie était toujours aussi intolérante.

Le 4 août, nouvelle tentative, suivie de succès. En effet, après avoir placé le lithotriteur de telle façon que le bas-fond de la vessie fût déprimé autant que possible, l'instrument étant ouvert et son ouverture regardant en haut, des successions vives et répétées furent imprimées au bassin. Je m'aperçus, en rapprochant les mors de l'instrument, que le corps étranger était saisi. Je me gardai cette fois de serrer à fond, afin d'éviter de l'écraser, et je pus facilement amener à l'extérieur le corps étranger que voici.

Le malade a quitté l'hôpital le surlendemain ; la cessation absolue des douleurs permet de penser que le corps étranger tout entier a été enlevé. D'ailleurs, la vessie, jusque-là si intolérante, recevait 130 grammes de liquide, ce qui a permis de faire de grands lavages et des explorations complètes.

Ce corps étranger est intéressant par la singularité de son choix ; mais, au point de vue opératoire, l'absence de sensation met bien en relief l'utilité du procédé opératoire suivi. Ce procédé, fort recommandé par M. Nélaton pour la lithotritie, dans laquelle il rend les plus grands services, était évidemment celui qui permettait le mieux de saisir le corps étranger. Aller à sa rencontre sans avoir de sensation était chose bien difficile, et qui d'ailleurs ne nous réussit nullement dans la seconde séance. Le procédé indirect, qui consiste à faire venir le corps à saisir vers l'instrument, au lieu de conduire l'instrument vers lui, était évidemment indiqué.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 11 AOUT 1869

Présidence de M. VERNEUIL

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

— Les journaux de la semaine : le *Montpellier médical ;* — le *Bulletin médical de l'Aisne ;* — le *Sud médical ;* — le *Journal de médecine de l'Ouest.*

— Le compte rendu statistique de la clinique ophtalmique de l'Université royale des études de Naples, 1867-1868, par le docteur Giangiuseppe Reale.

— *Sur quelques obstacles à l'urétrotomie*, par le professeur Fabri.

— *Sur la luxation postérieure complète du pouce*, par le même.

— *Sur une luxation ovalaire complète réduite par une nouvelle méthode*, par le même.

— *Sur les injections iodées dans l'ascite*, par le docteur Robell.

— *Étude sur la péritonite après l'ovariotomie*, par le docteur Nardou-Durozier.

COMMUNICATION

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — M. BROCA présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès une opération complexe ou plutôt une série d'opérations pour un cas d'anévrysme cirsoïde très-volumineux du cuir chevelu.

Le sujet est une jeune femme de 26 ans, d'origine allemande (elle est née dans la Hesse). A l'âge de 8 ans, elle reçoit un coup de pierre à la partie postérieure du crâne, qui, au dire de la malade, ne détermina ni plaie, ni écoulement de sang. Il faut ajouter que les renseignements positifs font défaut relativement aux suites immédiates de ce coup. Toujours est-il que, au bout d'un certain temps, il se manifeste une tumeur dont les parents s'aperçoivent sans y ajouter trop d'importance. A 17 ans, époque du mariage de la jeune fille, la tumeur avait le volume d'une noisette, et présentait des battements très-visibles. La jeune femme, emmenée en Espagne par son mari, consulte, à Barcelone, plusieurs médecins et chirurgiens, qui reconnaissent la nature anévrysmale de la tumeur, et déclarent qu'il ne faut pas y toucher. Conseil déplorable, car il eût suffi, à ce moment, d'une injection de perchlorure de fer pour guérir le mal avec facilité.

Quelques années plus tard, la tumeur avait fait des progrès notables. Il y a quatre ans, elle avait acquis le volume d'une grosse noix. A cette époque, la malade, voyageant en Hesse, son pays, va à Heidelberg consulter le professeur Chélius. Ce chirurgien parle de la nécessité d'une opération, mais, quand il s'agit de la pratiquer, il renvoie la malade de délai en délai, si bien que, lassée d'attendre, la jeune femme revient à Barcelone.

A partir de ce moment, les progrès de la tumeur deviennent de plus en plus rapides ; les chirurgiens de Barcelone, consultés de nouveau, ne veulent pas opérer. C'est alors que la malade se décide à venir à Paris, où elle est adressée à M. Broca. Voici dans quel état elle se trouvait au moment où M. Broca la vit pour la première fois. Un moule en plâtre permet d'apprécier le volume de la tumeur et sa disposition générale.

Au sommet de l'occipital existe une tumeur pulsatile et réductible, d'un volume considérable. A cette tumeur centrale aboutissent quatre branches artérielles volumineuses, dont la communication directe avec la tumeur est rendue évidente par les résultats de la compression exercée sur chacune des quatre artères avec une lame de plomb.

Il s'agissait donc d'un anévrysme cirsoïde communiquant directement avec quatre vaisseaux. Or, une pareille disposition ne peut s'expliquer que par les effets d'un traumatisme.

Il existe deux espèces d'anévrysme cirsoïde : les uns qui atteignent sur place leur entier développement, les autres qui ont une marche envahissante et dont la cause est le plus souvent un traumatisme, dans un certain nombre de cas un nœvus.

Quel rapport existe-t-il entre ces diverses causes, et comment des causes si diverses peuvent-elles produire le même effet? Cette diversité de causes est d'ailleurs plus grande qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Quand on analyse les cas d'anévrysme cirsoïde, on reconnaît que chaque espèce se subdivise en deux groupes secondaires : dans l'un les artères sont le siége du mal; dans l'autre il y a communication des artères avec les veines.

Ainsi trois conditions se présentent dans l'anévrysme cirsoïde : 1° blessures d'artères; 2° communication des artères avec les veines; 3° nœvus.

Le mécanisme de la production des anévrysmes cirsoïdes se comprend d'une façon rationnelle lorsqu'on passe du simple au composé.

Le cas le plus simple est celui dans lequel il y a communication entre les artères et les veines à la suite d'un traumatisme. Il se produit là ce qui se manifeste après la formation d'un anévrysme variqueux. Les artères se dilatent en largeur et en longueur jusqu'au niveau du point de communication avec les veines. La communication établie entre l'artère et la veine diminue naturellement la pression intérieure de l'artère; les parois de celle-ci se reposent et, consécutivement, comme il arrive de tout organe condamné au repos prolongé, s'atrophient et s'amincissent. C'est ainsi que s'amincissent les parois vasculaires dans la phlébartérie. Le phénomène est en proportion du rôle que joue l'élément musculaire dans la structure de la paroi vasculaire; il est à son minimum dans les grosses artères et à son maximum dans les artérioles. Nous devons nous attendre à voir le phénomène s'accentuer d'autant plus que les vaisseaux en communication sont plus petits.

Voilà donc un premier groupe : dilatation cirsoïde succédant à la communication établie entre les artères et les veines, et due à la diminution de la pression intérieure des parois artérielles, d'où résultent la perte de leur fonction et, consécutivement, l'atrophie, l'amincissement et la dilatation.

2° Quand l'anévrysme cirsoïde succède à un *nœvus*, le mécanisme est le même. Le nœvus n'est pas autre chose que la dilatation du réseau capillaire périphérique. Cette dilatation peut s'observer partout, au cuir chevelu, à la main, etc.

La dilatation du réseau capillaire a pour effet d'établir une communication plus facile entre les artères et les veines; il en résulte une diminution dans la tension vasculaire intérieure : l'artère terminale n'ayant plus à résister à cette tension, sa contractilité n'entre plus en jeu, sa fonction est supprimée ; il s'ensuit une altération de texture, une atrophie, un amincissement des parois, d'où résulte une dilatation qui se propage de la périphérie au centre et atteint des artères de moyen calibre, comme celles de la main, de l'avant-bras et même, quoique plus rarement, celles du bras.

Dans ce cas encore, la dilalation cirsoïde dépend d'un trouble dans la circulation des artères terminales qui a réduit à néant la contractilité des parois artérielles.

3° Dans le cas de la malade, aucun des deux mécanismes précédents ne peut être invoqué. L'anévrysme cirsoïde est survenu à la suite d'un coup. La tumeur communique avec quatre artères; cette communication, au début, n'existait peut-être qu'avec deux artères seulement. Voici comment les choses ont dû se passer. Il y a eu division vasculaire sous la peau par suite du coup de pierre. Il s'est formé, à l'endroit frappé, un petit lac; à partir de ce moment les parois artérielles contractiles se sont trouvées dans des conditions anormales. Dans l'état physiologique, le sang doit traverser un cylindre qui va en se rétrécissant et se divisant, et qui, grâce à la contractilité musculaire de ses parois, le distribue suivant les besoins de la nutrition. Si la continuité des vaisseaux est interrompue, les conditions normales de la circulation se trouvent entièrement bouleversées dans la région où cette lésion s'est effectuée. C'est d'abord un trouble tout local. La tension artérielle diminue dans la partie qui en est le siége; il se produit un commencement de dilatation qui gagne de proche en proche, envahit les collatérales, et progresse constamment à mesure que, de proche en proche, se supprime la fonction artérielle dépendant de la contractilité musculaire de ses parois.

Au moment où la malade s'est présentée à l'examen de M. Broca, quatre artères au moins communiquaient avec le lac central.

Les symptômes étaient les suivants : 1° *battements* très-forts sur les artères, moindres, plus mollasses, moins saccadés sur la tumeur elle-même ; on les voyait à l'œil, on les sentait à la main sur divers points, derrière les oreilles, à la nuque, au-dessus de l'arcade zygomatique; 2° *réductibilité* de la tumeur; 3° *bruit de souffle intermittent ;* on a vu quelquefois un bruit de souffle continu, saccadé, dans des cas d'anévrysme cirsoïde ; mais M. Broca ne pense pas qu'il puisse jamais exister en l'absence de communication entre artères et veines. Dans le cas dont il s'agit, le bruit de souffle était intermittent, peu rude, accompagné d'un frémissement, *trill* analogue à celui de l'anévrysme artério-veineux, non continu, correspondant à la systole artérielle; 4° *douleurs* modérées, plus marquées dans la partie centrale, qui était amincie, rougeâtre, violacée, et s'échauffait parfois au point de faire craindre une inflammation et une rupture; 5° dans la nuit, la malade entendait des battements qui troublaient son sommeil et la fatiguaient beaucoup.

En présence d'un cas de ce genre, M. Broca s'est demandé quel traitement il y avait à faire. Dans les anévrysmes cirsoïdes, le plus ordinairement, il n'existe pas de lac central; il n'y a que des tortuosités dilatées dans lesquelles on peut provoquer des coagulations locales au moyen d'injections de perchlorure de fer. On peut déterminer ainsi la formation de caillots du volume du petit doigt. Quand ils dépassent ces dimensions, les caillots chimiques ne sont pas sans inconvénients. On a vu, dans de gros anévrysmes ainsi traités, des caillots trop volumineux donner lieu à des accidents formidables d'inflammation et d'hémorrhagie.

Il a paru dangereux à M. Broca d'attaquer directement la tumeur par des injections coagulantes. Faire des injections partielles de manière à provoquer la formation de caillots moins gros que la poche, c'était s'exposer à voir ces caillots mobiles dans la poche, comme le battant d'un grelot, être entraînés par le courant sanguin, fragmentés, et produire les graves accidents de l'embolie.

Il lui a paru qu'il était plus rationnel de chercher à obtenir la coagulation, en diminuant progressivemement l'arrivée du sang dans la tumeur. Rejetant l'idée de la ligature des artères dilatées, dont les parois altérées dans leur texture n'auraient pu supporter le fil, il s'est décidé à les oblitérer par le procédé de l'*acupressure*, qui ne soumet les artères qu'à une striction temporaire d'environ vingt-quatre heures.

Dans une première séance, il y a aujourd'hui un mois, M. Broca ayant endormi la malade, lui a pratiqué successivement trois incisions sur le trajet des artères principales dilatées : l'occipitale, l'auriculaire postérieure et la temporale, qu'il a mises à découvert sans les dénuder; puis il a passé, au-dessous de chaque artère, l'aiguille à acupressure de Simpson, et, grâce à une compression de vingt-quatre heures, a réussi à interrompre le cours du sang dans ces vaisseaux.

Voici quelles ont été les suites de ces opérations : les deux plaies temporale et auriculaire se sont réunies par première intention; seule, la plaie occipitale a suppuré. La tumeur s'est affaissée; les battements ont disparu dans une zone de 6 centimètres autour de l'oreille.

Il parut alors à M. Broca qu'il avait, dans cette première partie du traitement, assez diminué les battements, assez affaibli l'énergie du courant sanguin dans la tumeur, pour qu'il fût désormais possible d'y faire naître des caillots chimiques au moyen des injections de perchlorure de fer. Deux injections de perchlorure de fer, l'une de 5 gouttes, l'autre de 3, ont été faites à l'aide de la seringue de Pravas dans les artères temporale et occipitale, après avoir préalablement emprisonné dans chaque vaisseau une colonne de sang d'une certaine étendue, à l'aide de petits anneaux de plomb qui, l'injection faite, restèrent en place pendant six heures, pour favoriser la production des caillots fibrineux dans la tumeur. Dans le même but, au moyen d'un gros tube à drainage, il a divisé en trois zones successives les diverses parties de la tumeur.

Grâce à ces obstacles successifs, des caillots se sont formés et prolongés dans la poche centrale, qui a été oblitérée dans les deux tiers de son étendue. La coagulation ayant cessé de faire des progrès, les battements étaient revenus en partie, entretenus par ce qui restait de circulation dans la tumeur. M. Broca, dans une dernière séance, a tenté deux nouvelles injections de perchlorure de fer dans les vaisseaux antérieur et postérieur. L'essai d'injection dans le vaisseau postérieur a échoué; M. Broca, n'ayant pu obtenir la certitude que la canule de la seringue Pravas avait pénétré dans l'artère, n'a pas osé pousser l'injection, qui eût pu se répandre dans le tissu cellulaire sous-cutané. En revanche, la tentative d'injection dans le vaisseau antérieur a parfaitement réussi : M. Broca ayant eu le soin, comme pour les premières injections, d'emprisonner entre deux anneaux de plomb la colonne sanguine coagulée par l'injection et de la maintenir ainsi pendant dix heures, pour la consolidation des

caillots, en même temps que ces mêmes anneaux exerçaient une compression favorable à la suspension du cours du sang dans les parties voisines.

Sous l'influence de cette manœuvre, la coagulation a fait de rapides progrès; la poche centrale est remplie maintenant par des caillots; il n'existe plus de bruit de souffle, et l'artère antérieure est complétement oblitérée. M. Broca espère que la coagulation continuant à faire spontanément des progrès, la guérison sera complète sous peu de jours.

M. Broca place sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre de cette tumeur, fait par un artiste distingué, M. Baretta, à la fois modeleur et peintre, dont le musée anatomo-pathologique de l'hôpital Saint-Louis atteste l'habileté. La malade est ensuite introduite dans la salle des séances et examinée par les membres de la Société de chirurgie.

M. HOUEL. M. Broca a cité un fait observé par M. Laugier, comme un exemple d'anévrysme cirsoïde. Il y a une erreur d'interprétation qu'il importe de signaler. La pièce anatomique est déposée au musée Dupuytren, c'est un anévrysme artério-veineux. Ce qui peut expliquer la méprise, c'est que la matière à injection colorée rouge poussée dans les artères a passé également dans les veines. L'artère auriculaire avait été déchirée et rompue, les branches artérielles au-dessus et au-dessous de la plaie n'ont pas subi de changement, mais les veines se sont largement développées. Robert s'est même servi de ce fait pour établir la différence entre l'anévrysme artério-veineux et l'anévrysme cirsoïde. Du vivant du malade, le bruit de souffle était évident au niveau de la communication de l'artère et de la veine.

M. BROCA. M. Houel doit aller un peu loin quand il dit que les artères n'avaient pas subi de modification; elles avaient dû se dilater pour fournir du sang à ces veines si volumineuses.

M. CHASSAIGNAC. M. Broca aurait dû essayer la compression de deux carotides. Il ne nous parle pas des petites plaies qui ont pu exister à l'endroit où le coup a porté, car les petites plaies des artères du crâne sont souvent la cause du développement d'anévrysmes cirsoïdes. Je ne saisis pas non plus très-bien l'utilité d'une incision préalable à l'acupressure. M. Chassaignac n'accepte qu'avec de grandes réserves les injections de perchlorure de fer dans les artères, et désapprouve l'extirpation des tumeurs érectiles.

M. BROCA. L'incision que j'ai faite avant de pratiquer l'acupressure a eu pour but de ne pas m'exposer à agir au hasard. Les morts à la suite d'injections de perchlorure de fer sont dues à des embolies ;

aussi ne faut-il agir que lorsqu'on est certain de pouvoir exercer une compression totale et complète. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il y a péril à s'abstenir et que le traitement ne peut être suivi d'effet qu'à la condition d'être radical; or il ne peut l'être que par la ligature et par l'oblitération de toutes les bronches dilatées.

M. GUÉNIOT. M. Chassalgnac repousse l'extirpation des tumeurs érectiles; j'ai dû cependant un succès à cette méthode. Il s'agissait d'un garçon boucher âgé de 18 ans, portant une tumeur érectile de la région temporo-pariétale. M. Broca me conseilla l'usage des injections de perchlorure; mais comme la compression ne pouvait suspendre les battements, je ne crus pas devoir recourir à ce moyen. J'enlevai la tumeur. Pendant cinq ou six minutes, je crus être débordé par l'hémorrhagie; mais j'en vins à bout après avoir appliqué 20 ligatures au moins. Le malade a parfaitement guéri.

COMMUNICATION

Sur une déformation spéciale du crâne (obliquité par propulsion unilatérale) observée chez certains enfants du premier âge. — M. GUÉNIOT. — La déformation sur laquelle je viens appeler l'attention de la Société, et dont je présente ici plusieurs spécimens, paraît être passée jusqu'à ce jour complétement inaperçue. D'après les faits que j'ai recueillis, elle serait cependant assez commune. Aussi ne puis-je encore m'expliquer comment elle ne se trouve mentionnée dans aucune des publications spéciales que j'ai consultées (1).

Cette déformation affecte les deux moitiés du crâne, mais d'une façon fort inégale, l'une étant toujours incomparablement plus altérée que l'autre. Presque constamment, c'est la moitié droite qui a subi la déformation principale; par exception, c'est au contraire la moitié gauche. Mais, dans l'un et l'autre cas, le type de la déformation reste exactement le même; le côté seul a changé, et toute la différence consiste dans une simple transposition. Ce type est d'ail-

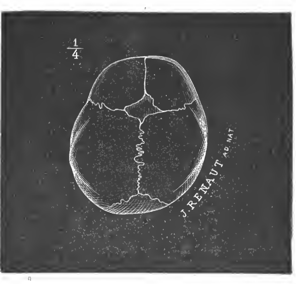
(1) M. Gosse, en particulier, garde sur ce point un silence absolu (*Essai sur les deform. artiv. du crâne*. Paris, 1855, in-8°). Il en est de même des *Bulletins de la Société d'anthropologie*, quoique ceux-ci renferment plusieurs mémoires confinant au sujet (*Sur les déformations plastiques du crâne*, par le docteur J.-B. Davis, etc., etc.). Barkow (*Pathologischen Osteologie*. Breslau, 1864; 2e livraison), et Hermann Welcker (*Unter suchungen über Wachsthum und Bau menschlichen Schadels*, vol. I, Leipzig, 1862), ne signalent pas non plus cette espèce particulière de déformation.

leurs tellement uniforme dans ses traits généraux, qu'il suffit d'en avoir vu un spécimen pour reconnaître ensuite, au premier coup d'œil, tous les crânes semblablement altérés.

Afin de rendre la description plus claire, je supposerai que le côté principalement affecté est le côté droit.

Envisagée extérieurement, c'est-à-dire sur un crâne non ouvert, la déformation dont il s'agit est essentiellement caractérisée :

1° Par un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et une saillie normale ou exagérée de la région homonyme du côté gauche ;



Crâne d'un enfant de 18 mois, mort d'épuisement avec abcès. Figure réduite au quart. — Obliquité par propulsion unilatérale telle qu'elle se présente quand on regarde de haut en bas. (Ce procédé d'exploration est celui qui met le mieux en évidence l'ensemble de la déformation.)

2° Par la proéminence exagérée du frontal droit et la courbure normale ou faiblement diminuée du frontal gauche ;

3° Enfin, par une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et une dépression plus ou moins notable de la même région du côté gauche.

De cet ensemble de particularités, il résulte :

1° Que la face postérieure du crâne, au lieu d'être symétrique,

présente, dans ses deux moitiés latérales, une discordance de forme des plus marquées, et qu'elle regarde, non point directement en arrière, mais obliquement en arrière et à droite;

2° Que le front, également asymétrique, n'est pas exactement dirigé en avant, mais en avant et à gauche;

3° Enfin, que la région fronto-pariétale ou latérale antérieure est, du côté droit, tantôt régulièrement convexe, tantôt légèrement aplatie, tandis que du côté gauche elle offre, ou un méplat très-prononcé, ou une dépression sensible qui a pour centre la suture fronto-pariétale.

Le crâne ainsi déformé est donc *oblique* par rapport à la face, et la suture bipariétale croise à angle très-aigu le plan médian du corps. Comme effet curieux de cette obliquité, je signalerai l'asymétrie de cette situation des deux oreilles : la droite occupe un plan sensiblement antérieur à celui de la gauche.

Lorsqu'on examine le crâne par sa forme interne, l'obliquité générale de cet organe n'est pas moins évidente. On constate alors, dans sa cavité, des particularités tout à fait connexes à celles que présente la surface extérieure. Ainsi la fosse occipito-pariétale droite est beaucoup moins excavée que la même fosse du côté gauche, tandis que la fosse frontale droite est au contraire plus profonde que la gauche. Mais cet excès de capacité relative en avant ne compense pas, pour le côté droit, son infériorité de profondeur en arrière; d'où il résulte que la moitié gauche du crâne est, en définitive, plus spacieuse que la moitié droite.

Pour résumer sous un trait d'ensemble les caractères qui précèdent, qu'on se représente par la pensée la moitié droite du crâne comme ayant subi un mouvement très-sensible en avant pendant que la moitié gauche est restée en place, et l'on aura une idée très-approximative de la déformation générale dont il s'agit. Comme je le dirai bientôt, c'est en effet par ce mécanisme de propulsion et grâce à une pression trop prolongée sur la région occipito-pariétale droite que la déformation est engendrée chez les enfants du premier âge. En désignant celle-ci sous le nom d'*obliquité par propulsion unilatérale*, on peut donc rappeler son caractère le plus essentiel en même temps que le mécanisme suivant lequel elle se produit.

Outre les traits principaux que je viens de signaler, il en est quelques autres moins importants qui méritent néanmoins d'être brièvement indiqués. Ainsi la suture fronto-pariétale droite est généralement plus oblique en bas et en avant que la même suture du côté

gauche. La crête occipitale interne, au lieu d'être médiane, se dévie sensiblement à droite à partir du trou occipital, comme si l'os avait subi dans son ensemble une légère rotation de gauche à droite et d'arrière en avant. De même, la suture bifrontale s'incline du côté gauche (quelquefois du côté droit), à partir de l'apophyse crista-galli. Enfin, parfois la base du crâne participe elle-même à un degré très-notable au mouvement de propulsion que subit la voûte.

Lorsque, il y a dix-huit mois, j'observais pour la première fois, avec M. Demeules, alors interne de mon service, cette curieuse déformation, je crus d'abord qu'elle devait être rapportée à une pression oblique exercée par les cuillers du forceps. Bien que l'enfant fût âgé de 6 mois et que les déformations accidentellement produites pendant le travail de l'accouchement ne présentent pas d'ordinaire ce caractère de permanence, je ne pouvais néanmoins m'expliquer autrement ce genre d'altération. Mais des renseignements précis sur la naissance de l'enfant me prouvèrent bientôt que cette interprétation était inadmissible. Le forceps, en effet, n'est point la cause productrice de l'obliquité crânienne par propulsion unilatérale. Cette cause ne réside pas davantage, soit dans l'attitude particulière du fœtus pendant la grossesse, soit dans son mode de présentation au moment de l'accouchement. J'ai constaté une fois la déformation sur un enfant de 20 jours qui était né en présentation du siége.

La vraie cause de l'obliquité crânienne provient du mode de décubitus imposé à l'enfant, et elle consiste dans la pression prolongée que subit l'une des régions occipitales à l'exclusion de l'autre. C'est, en effet, chez certains enfants systématiquement couchés par la mère ou la nourrice sur le côté droit et postérieur du corps que l'on observe la déformation dont il s'agit. La région occipito-pariétale droite supporte ainsi habituellement le poids de la tête, et de là résultent, sur un crâne non encore complétement ossifié, l'aplatissement postéro-latéral, le refoulement en avant du frontal, l'obliquité exagérée de la suture fronto-pariétale, etc.: en un mot, la propulsion plus ou moins prononcée de toute la moitié droite du crâne et l'obliquité générale qui en est la conséquence. Sur les cadavres de jeunes enfants, il est très-facile au moyen d'une simple pression, de déterminer artificiellement ce genre de déformation.

Semblable obliquité se produit, mais en sens inverse, lorsque le décubitus habituel a lieu sur le côté gauche et postérieur. C'est alors la moitié gauche du crâne qui est aplatie en arrière, et dans

son ensemble poussée en avant. Ce résultat peut même s'observer quelquefois dans les cas de décubitus indifférent, c'est-à-dire lorsque l'enfant est placé tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, ou bien sur le dos. Ces derniers faits, en apparence contraires à la règle commune, ne font en réalité que la confirmer. Comme on va le voir, c'est en effet toujours la même cause qui agit, et d'après le même mécanisme.

Deux fois seulement, sur une vingtaine de cas, j'ai vu l'obliquité par propulsion unilatérale affecter la moitié gauche du crâne. Dans ces deux cas, que j'étudiai avec soin, j'appris des mères qu'elles avaient l'habitude, l'une de coucher son enfant sur le dos, et l'autre de placer le sien alternativement sur les deux côtés du corps. Celle-ci me dit même qu'elle n'avait ainsi procédé qu'avec réflexion, afin d'éviter, selon une croyance populaire des Ardennes, que son enfant ne devînt joufflu d'un côté. Mais en m'enquérant de la situation des berceaux par rapport à la fenêtre de la chambre, je reconnus bientôt qu'ils se trouvaient dans une orientation correspondant au côté de la déformation crânienne. En d'autres termes, dans les deux cas, le berceau était disposé parallèlement au plan de la fenêtre, et de telle sorte que la tête de l'enfant appuyait sur la région occipitale pariétale gauche, lorsque le visage était tourné vers la lumière. Or, pour qui sait combien le jeune enfant recherche la lumière avec complaisance, et comment il sait mouvoir la tête en conséquence, si de tels mouvements sont nécessaires, il sera facile de comprendre que ces deux faits, en apparence contradictoires, rentrent en réalité dans la loi commuue et peuvent s'expliquer de la même manière que les autres.

Pour que l'obliquité par propulsion unilatérale se produise, il est, bien entendu, nécessaire que les os conservent entre eux une certaine mobilité. Aussi ne voit-on naître cette espèce de déformation que dans le cours de la première enfance. Cependant, on conçoit qu'un retard dans l'ossification des sutures et des fontanelles la rendrait possible à une période plus avancée ; et c'est ainsi que les enfants hydrocéphales s'y trouvent particulièrement exposés.

Que devient la déformation une fois produite? Jusqu'à ces derniers jours, j'avais pensé qu'elle était extrêmement rare chez les adultes, et dès lors qu'elle devait, dans la plupart des cas, disparaître avec les progrès de l'âge et de l'ossification crânienne. Mais des recherches récentes me portent à modifier cette manière de voir. En effet, d'après plusieurs exemples de déformation typique que je viens d'observer sur des enfants 9 ans, 10 ans, 11 ans et 13 ans,

ainsi que sur un jeune confrère de 25 ans, la différence de fréquence existant aux divers âges serait moins prononcée que je ne l'avais supposé primitivement. D'autre part, il n'est pas impossible que cette différence soit due en partie à la mortalité progressive des individus. Quant à la disparition, dans un certain nombre de cas, de l'obliquité crânienne après la première enfance, elle s'explique aisément par l'influence d'un décubitus habituel sur le côté opposé à celui de la déformation. Ce changement dans le décubitus peut, d'ailleurs, être provoqué par diverses causes, et il s'opère surtout à l'époque où l'enfant commence à jouir de la liberté de ses mouvements.

Si l'obliquité par propulsion unilatérale du crâne n'est point rare, ses conséquences heureusement ne paraissent pas être dangereuses. A part la difformité plus ou moins apparente qu'elle détermine, et qui peut être, en grande partie, dissimulée par les cheveux ; à part aussi l'inégalité de volume et de poids qui doit exister, au préjudice du côté propulsé, entre les deux moitiés de l'encéphale, je ne connais pas d'inconvénient sérieux attaché à cette conformation vicieuse. Dans un seul cas j'ai vu celle-ci être accompagnée de convulsions et d'idiotie chez un enfant de 6 mois. Plusieurs fois aussi elle coexistait avec de l'hydrocéphalie. Mais ici, bien évidemment, l'hydrocéphalie était une cause plutôt que l'effet de la déformation.

Au reste, pour prévenir le développement de l'obliquité crânienne, il suffira d'appliquer à l'hygiène des jeunes enfants les trois préceptes suivants, déjà recommandables à d'autres points de vue :

1° Au lieu du décubitus exclusif sur le côté droit, préférer le décubitus indifférent ;

2° Disposer le berceau de façon que les yeux de l'enfant reçoivent une égale quantité de lumière ;

3° Enfin et surtout, tenir pendant une bonne partie du jour l'enfant dans les bras, et diminuer ainsi notablement ses heures de berceau

Dans le but de combattre la déformation une fois acquise, j'ai recommandé, pour des enfants dont le crâne n'avait pas perdu toute flexibilité, un décubitus latéro-dorsal exclusif du côté non propulsé, et les résultats de cette pratique m'ont paru être satisfaisants. Mais lorsque, par l'oblitération des sutures et des fontanelles, le crâne se trouve complétement fermé, la difformité est évidemment irrémédiable, et elle persiste pendant toute la vie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Tous les exemplaires parus depuis le 10 août des journaux suivants : *Gazette des Hôpitaux*. — *Union médicale*.— *Gazette hebdomadaire*. — *Bulletin de thérapeutique*. — *Art dentaire*. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*. — Le *Marseille médical*.— La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, nos 6 et 7.

— *Études spectroscopiques sur le sang*, par le docteur René Benoît.

— M. Larrey dépose sur le bureau : *Le Mexique, au point de vue médico-chirurgical*, t. III, par M. le docteur Léon Coindet.

— *L'armée anglaise à l'intérieur et dans les possessions britanniques*, par le docteur Ély. — Une *Photographie d'une fresque de Pompéi* représentant Enée blessé, envoyée par M. Scoutteten.

—M. le docteur Bourdillat, ancien interne des hôpitaux, adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Calculs de l'urètre et des régions circonvoisines*.

— *The Mechanism of dislocation and fracture of the hip*, by Henry Bigelow. 150 pages avec planches. — Philadelphie, 1869.

— *Ou external perineal urethrotomy*, by J. W. S. Gouley.— Broch. New York, 1869.

— *Report ou excision of the head of the femur for gunshot injury*, by George A. Otis. — In-4° avec planches. Washington, 1869.

— *Collection de mémoires de chirurgie et d'obstétrique*, de Francesco Rizzoli (de Bologne). — 2 vol. in-8° (en italien).

Statistique des opérations.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Verneuil, Trélat, Blot, Liégeois et Le Fort, la Société décide que les

statistiques partielles, adressées par les divers chirurgiens français, figureront au procès-verbal au fur et à mesure de leur réception, mais que les chiffres seuls des opérations et la nature du résultat seront indiqués. La commission spéciale, dans un travail d'ensemble, analysera en détail ces communications, pour en faire ressortir tous les enseignements qu'elles renferment. Il serait à désirer que tous les envois pussent être faits avant le 1er mars 1870.

M. le docteur Luzarey, à Mezin (Lot-et-Garonne).

Pratique civile 1853-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Amputation de bras................	2	2	»
Hernie inguinale étranglée..........	4	3	1
Extirpation d'une tumeur cancéreuse de la région sous-maxillaire.......	2	2	»
Amputation de sein................	2	2	»
Plaie abdominale, intégrité du péritoine, suture..................	1	1	»

Dans aucun cas, le chloroforme n'a été employé. M. Luzarey a toujours eu recours à la réunion immédiate. Un cas d'amputation du bras a été complétement guéri en quatre jours sans suppuration.

M. le docteur Couranjon, de Nevers. 1861-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Lipôme du tronc (incision et écrasement linéaire)..................	1	1	»
Amputation de la verge (écraseur)....	1	1 (ap. 3 mois)	
Ablation de cancers de la lèvre inférieure.........................	3	3	»
Amputation du bras (traumatisme, — 2e jour).........................	1	1	»
Amputation de la jambe (*Secondaire traumat*)......................	1	1	»
Hernie inguinale étranglée..........	1	1	»
Castration........................	1	1	»

La note adressée par M. Couranjon analyse les faits les plus intéressants de sa pratique ; mais bon nombre ne peuvent prendre place dans ce résumé, puisqu'il ne s'agit pas d'opérations pratiquées. Les

cas de plaies de la main et des doigts par des scies circulaires sont assez nombreux; tous traités par la conservation, ils ont été suivis de guérison.

M. Desgranges (de Lyon), adresse à la Société l'observation suivante :

Anévrysme poplité droit : compression digitale, indirecte, totale, intermittente ; compression mécanique, flexion forcée du membre, réfrigération employées simultanément; guérison en treize jours. — § 1er. Les guérisons d'anévrysmes poplités, sans le secours de la méthode d'Anel, quoique déjà nombreuses, n'ont point encore tracé la meilleure voie à suivre ni fixé définitivement le choix des procédés. On voit les chirurgiens adopter tantôt la compression digitale ou mécanique, tantôt la flexion du membre, guidés par leurs sympathies ou par des considérations accessoires ; ou bien passer d'un mode à l'autre, lorsque les inconvénients semés sur une route les forcent à marcher dans une autre.

N'est-il pas plus rationel, au contraire, d'employer simultanément, dès le début, plusieurs des méthodes non sanglantes qui ont fait leurs preuves et procuré de beaux et solides succès, dans des cas bien définis ?

L'observation suivante me paraît digne d'attention précisément parce qu'elle montre comment, dès les premiers jours, on peut utiliser la compression digitale, la compression mécanique, la flexion du membre et la réfrigération.

L'anévrysme dont il s'agit ne saurait être mis en doute, les caractères en étaient évidents.

Tumeur située dans le triangle supérieur du creux poplité droit, grosse comme un œuf de poule, compressible, bien délimitée, fusiforme suivant l'axe de l'artère, et fortement pulsatile avec expansion dans tous les sens. Souffle bruyant, isochrone au pouls; silence pendant la diastole cardiaque. Suppression des battements et diminution de la rénitence par la compression de l'artère fémorale ; phénomènes inverses quand la compression cesse; battements plus énergiques, tension plus grande de la poche si l'on comprime la poplité au-dessous de la tumeur. Peau saine. Tuméfaction de la jambe; pas de varices apparentes.

Le malade est un excellent confrère de Lyon, M. le docteur Jacques Bonnet, âgé de 53 ans, autour duquel se sont groupés ses nombreux amis, désireux de concourir au traitement, et qui, tous, au premier coup d'œil, ont reconnu l'anévrysme.

Je laisse au patient le soin d'écrire lui-même son histoire et de

nous montrer comment s'est faite l'association des trois méthodes ; mieux que personne il saura dire les péripéties du traitement et reproduire les incidents qui en ont mar é les phases diverses.

Le 28 avril 1869, étant assis, j'éprouve dans le membre inférieur droit des battements insolites qui me soulèvent fortement le pied et la jambe. Je constate alors l'existence d'une tumeur anévrysmale à la partie supérieure du creux poplité ; la tumeur portait sur le bord coupant de la chaise. Je ne puis indiquer l'époque à laquelle remonte l'origine de la maladie. Causes inconnues.

Le 29 avril, je me soumets à l'examen de M. Desgranges, et le prie de vouloir bien diriger mon traitement, que l'on commence le 1er mai 1869.

1er mai. — Deux séances de compression digitale de 3 heures chacune, sur la fémorale, au niveau du pubis. Flexion forcée de la jambe maintenue par une bande fixée au-dessus des malléolles et à la partie moyenne de la cuisse. — La compression exercée sur les parties est assez douloureuse dès le début. La violence des battements artériels exige des efforts qui ne permettent pas à la même personne de comprimer plus de 6 à 8 minutes; on ne peut plus prolonger la compression qu'en se faisant aider par d'autres mains. Les douleurs déterminées par la compression sont presque toutes locales. Sensation très-supportable d'engourdissement dans le membre. Quelques douleurs crampoïdes, peu intenses, se font sentir dès la première séance et se continuent dans les séances suivantes; mais elles n'existent que par intervalles. — Je supporte très-bien la flexion pendant la journée, mais, pendant la nuit, la pression de la bande sur la cuisse est si pénible, que je ne puis m'endormir. A 4 heures du matin, je remplace le bandage par un étrier dans lequel je passe le pied et qui est retenu par une bande sur l'épaule, du côté opposé. Le soulagement que j'éprouve me permet de prendre quelques heures de repos. Ce bandage n'exerce ancune pression et ne maintient le membre dans la flexion qu'en limitant les mouvements involontaires qui pourraient se produire.

2. — Deux séances de compression digitale, indirecte, totale, de 3 heures, comme hier. La peau rougit et devient plus douloureuse au siége de la compression. L'œdème augmente ; le genou est douloureux au toucher, principalement sur le bord externe de la rotule, point sur lequel existe un peu de rougeur à la peau. — Les battements de la tumeur paraissent moins forts après cette deuxième journée.

3. — A partir de ce jour, une séance de compression digitale de

deux heures, au niveau du pubis, est faite le matin, et les deux autres de trois heures sont continuées.

Application de la glace sur le côté interne du genou pendant toute la journée; elle est suspendue la nuit.

Compression mécanique de trois quarts d'heure pendant la nuit. Cette compression est exercée à l'aide d'un appareil improvisé, composé de deux planchettes réunies par deux tiges à vis, qui permettent de les rapprocher à volonté; l'une est placée sous le siége, et l'autre en avant du pli de l'aine. Une pelote surmontée d'un mandrin étant appliquée sur le point à comprimer, il suffisait de serrer les écrous des vis pour presser sur la pelote et arrêter les battements de l'artère. La peau du pli de l'aine est plus enflammée que les jours précédents; elle est excoriée sur un point. Les poils sont coupés avec des ciseaux, et la compression digitale est exercée par l'intermédiaire d'une feuille de caoutchouc, qui ménage un peu la sensibilité; les douleurs cependant sont encore très-vives, surtout lorsque l'application des doigts commence, et chaque fois aussi qu'elle baisse.

4. — La compression sur le pubis ne peut être supportée, à cause d'excoriations très-douloureuses; elle est essayée dans le triangle de Scarpa, où elle est beaucoup moins pénible et se fait assez facilement. La glace est continuée, mais pendant le jour seulement.

5. — Les battements de la tumeur sont évidemment moins énergiques; elle est plus consistante, plus globuleuse. Pour éviter l'inflammation de la peau, on exerce la compression manuelle avec l'intermédiaire d'une pelote de caoutchouc.

6 et 7. — Les battements n'ont pas diminué d'intensité pendant ces deux jours; par moments, ils paraissent redevenir plus forts. On reprend la compression digitale immédiate; seulement, dans l'intervalle des séances, j'exerce la compression mécanique à l'aide d'un nouvel appareil; l'autre ne pouvant fonctionner efficacement que sur le pubis. (Voir la description de l'appareil après l'observation.)

Je comprime ainsi deux à trois heures, pendant la durée du jour et de la nuit, par des applications de demi-heure à trois quarts d'heure consécutives. Cette compression n'est douloureuse que lorsqu'elle est prolongée plus longtemps sans interruption.

8. — Même état. Sur l'avis de M. Pétrequin, la même médication est continuée avec addition de perchlorure de fer, et le manganèse à l'intérieur, et application de glace sur le siége même de l'anévrysme. L'œdème de la jambe et du pied est plus considérable

que les jours précédents. Une bande roulée est appliquée depuis les orteils jusqu'au creux poplité.

9 à 12. — L'application de la place se fait à l'aide de deux bouteilles plates, remplies d'eau frappée; l'une est placée sous le creux poplité; l'autre sur le côté interne du genou. Le perchlorure de fer et de manganèse est pris à la dose de 20 gouttes le premier jour; mais la sécheresse de la bouche et la perte d'appétit, déterminées par cette première dose, m'obligent à la réduire à 6 ou 8 gouttes les jours suivants. Pendant ces quatre jours, l'état de la tumeur a peu changé. Les battements varient plusieurs fois d'intensité; ils paraissent moins forts, lorsque je suis à demi étendu sur un canapé que lorsque je suis couché dans mon lit. Je me place sur mon canapé environ une heure par jour.

La compression digitale et mécanique est exercée toujours de la même manière et pendant le même nombre d'heures, mais sur des points différents du triangle Scarpa, pour éviter l'inflammation de la peau, qui devient rouge et douloureuse quand elle subit toute une journée la pression dans le même endroit.

Malaxation de la tumeur, le 11 et le 12. — Depuis la diminution de la dose de perchlorure de fer, l'appétit est devenu meilleur. Les nuits sont assez bonnes.

13. — Le matin, au réveil, les pulsations de la tumeur sont moins fortes. Au-dessus de la tumeur, l'artère forme un cordon induré et douloureux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, lequel est encore le siége de battements très-sensibles.

Dans les séances du matin et de midi, la compression digitale s'exerce plus facilement que les jours précédents et plus longtemps que de coutume par chaque opérateur. La tumeur devient plus globuleuse, plus dure dans le milieu de la journée. De quatre à six heures du soir, j'exerce la compression avec mon appareil sans interruption. A la séance du soir, la compression digitale est très-facile; elle peut être soutenue très-exactement, pendant 35 minutes, par la même main. Pendant cette séance, la dureté de la tumeur devient extrême. L'application de la glace, qui était ordinairement bien supportée, devient tout à coup excessivement pénible. — A neuf heures et demie, on a de la peine à sentir l'artère au lieu ordinaire de la compression; on cesse momentanément de comprimer, et je constate que les battements de la tumeur sont complétement arrêtés. Ce résultat a été obtenu à la centième heure de compression digitale.

La compression mécanique est faite pendant une heure encore

après la séance de compression digitale. Pendant la nuit, je demeure dans l'immobilité la plus absolue; insomnie.

14 et 15. — Les battements de la tumeur n'ont pas reparu. Celle-ci est toujours globuleuse et très-dure. Le trajet de l'artère, depuis la tumeur jusqu'au lieu de la compression, est induré, très-douloureux au toucher; on n'y sent aucune pulsation; mais on perçoit les battements d'artères collatérales développées sur le côté interne de la tumeur et à la partie inférieure de la cuisse.

La compression digitale et la compression mécanique sont exercées comme précédemment; mais elles déterminent une agitation nerveuse qui les rendent bien plus pénibles à supporter.

La glace est supprimée. L'œdème de la jambe et du pied a beaucoup diminué; le bandage roulé est réappliqué.

Le 15 seulement, j'ai recommencé à me lever pour me placer sur un canapé. Nuits presque sans sommeil.

16. — Dernière séance de compression digitale pendant deux heures, mieux supportée que la veille. Même état de la tumeur et de l'artère. Lever deux fois sur un canapé, pendant une heure chaque fois. L'œdème du membre a encore diminué; le bandage est enlevé.

J'éprouve de violents battements dans tout le système artériel; administration de la teinture de digitale à l'intérieur : 12 gouttes par jour.

Je commence à étendre graduellement la jambe qui, jusqu'alors, avait été maintenue dans un état de flexion forcée, à angle aigu.

17-22. — Continuation de la digitale à l'intérieur. L'état général s'améliore chaque jour. J'étends la jambe graduellement de plus en plus, et j'arrive, le 22, à un allongement presque complet.

L'artère indurée devient de moins en moins sensible au toucher. La tumeur anévrysmale, qui n'a été que très-peu douloureuse, ne l'est plus dn tout; le volume en est de plus en plus réduit. Il n'y a plus d'œdème au mollet, ni autour des malléoles.

J'éprouve dans le milieu de la cuisse la sensation d'une constriction douloureuse, lorsque je me lève pour m'étendre sur le canapé. — Le 22, je reste presque toute la journée hors du lit.

23-29. — Je marche avec des béquilles. Les premiers jours, la douleur et l'extension incomplète de la jambe ne me permettent pas de poser le pied par terre, j'y parviens graduellement, et le 29, je puis faire quelques pas sans béquilles. La douleur que je ressens est toujours causée par une constriction profonde, qui se produit dans la cuisse lorsque je suis debout, et qui persiste même dans la position couchée ou assise, quand j'ai marché plusieurs minutes.

30. — Je remplace les béquilles par une canne. La douleur en marchant a beaucoup diminué; je n'éprouve plus alors qu'une gêne dans le jarret, qui ne peut s'étendre complétement.

L'artère est toujours indurée, mais elle est moins saillante et n'est presque plus douloureuse au toucher.

État général excellent. La digitale est supprimée.

3 juin. — Première sortie. Promenade de demi-heure avec une canne. Peu de fatigue. Le soir, mollet plus dur.

4-5. — Deux petites promenades chaque jour, avec bandage roulé à la jambe. Le membre prend plus de force.

6. — Je vais à la campagne, où je reste dix-sept jours. Exercice modéré et progressif pendant ce séjour. L'œdème du pied et de la jambe augmente depuis que je marche davantage.

Le 12, j'applique une chaussette de peau, et depuis ce moment, le membre a plus de force; le volume en est presque normal.

Je n'éprouve plus aucune douleur en marchant, mais seulement de la lassitude et de la faiblesse dans le membre après une demi-heure d'exercice. Je boîte à peine et ne porte une canne que par prudence.

22. — Retour à la ville.

23. — Je sors deux heures le matin et autant le soir, sans éprouver d'autre sensation qu'un peu de lassitude dans la jambe.

La tumeur anévrysmale n'a plus guère que la moitié du volume qu'elle avait lorsqu'elle a cessé de battre; je ne sens plus de douleur sur le trajet de l'artère dont l'induration persiste, mais est beaucoup moins saillante.

Aujourd'hui, 25 septembre, plus de quatre mois après la guérison, il n'existe aucune trace de la tumeur anévrysmale; les battements de la fémorale ne sont perceptibles qu'au niveau du pubis et dans une étendue de 2 centimètres au-dessous de ce point; le cordon saillant, qui a longtemps masqué le trajet de l'artère, a complétement disparu. Le membre est revenu à son volume normal, et ses fonctions sont entièrement rétablies; le bas élastique, par lequel j'avais remplacé la chaussette des premiers jours, m'est devenu tout à fait inutile depuis trois semaines.

J'ai repris toute ma vie active d'autrefois; j'ai pu faire à pied, sans fatigue, des promenades assez longues à la campagne, des excursions de plusieurs heures dans les chemins les plus accidentés.

Ma guérison, en un mot, ne laisse rien à désirer.

Il ne me reste de ma maladie que le souvenir d'une dure épreuve heureusement traversée, et, avec ce souvenir ineffaçable,

un sentiment d'éternelle reconnaissance pour l'éminent chirurgien qui a dirigé mon traitement avec son habileté et sa prudence habituelles, pour mes excellents amis, pour les nombreux confrères et internes des hôpitaux, qui tous ont pris une part importante à la peine et au succès.

§ 3. — *Description de l'appareil de M. le docteur Jacques Bonnet pour exercer la compression mécanique de l'artère fémorale.* Je savais qu'un malade de l'Hôtel-Dieu, affecté d'un anévrysme poplité, était parvenu à se comprimer l'artère fémorale avec une pelote surmontée d'un manche à balai, à l'extrémité duquel il avait suspendu un poids suffisamment lourd; et que, par ce moyen, il avait contribué beaucoup au succès de la compression digitale, pratiquée six heures par jour.

Partant de cette idée, et après plusieurs perfectionnements successifs, nous arrivâmes, mon ami le docteur Garin et moi, à construire l'appareil suivant, qui me paraît remplir, de la façon la plus simple et la moins douloureuse, toutes les indications de la compression mécanique.

Cet appareil se compose d'un bâton gros comme 4 doigts et long de 45 centimètres; il est armé, à l'une de ses extrémités, d'une pelote de coton recouverte d'un manchon de caoutchouc; à l'autre, il est percé d'un trou transversal dans lequel passe à glissement une corde longue de 40 centimètres. Cette corde est interrompue, de chaque côté, par un anneau de caoutchouc, et porte à chaque bout un crochet de fil de fer. — A droite et à gauche du lit, est attachée une autre corde terminée par une boucle.

Pour poser l'appareil, il faut passer les crochets dans les boucles des cordes latérales du lit, coucher le bâton sur le ventre, la pelote étant placée au niveau du point à comprimer; puis, sur ce point, comme base, relever le bâton à la manière d'un mât, jusqu'à ce que la corde transversale soit suffisamment tendue sans amener le bâton jusqu'à la perpendiculaire. Dans cette situation, il est fixé, par son extrémité supérieure, à la faveur d'un lacs attaché au pied du lit.

Le point difficultueux est de donner à la corde transversale une longueur qui permette de faire une compression convenable, tout en laissant le bâton légèrement incliné; mais après quelques tâtonnements, on y arrive toujours.

§ 4. — *Résumé.* Le traitement est commencé le 1er mai 1869; le 13 au soir, les battements sont suspendus dans la tumeur, dont la consistance augmente, ainsi que dans l'artère fémorale, qui se trans-

forme en un cordon cylindroïde, depuis le sac jusqu'au sommet du triangle de Scarpa.

Nous avons en chiffre rond treize jours de traitement, cent heures de compression digitale, indirecte, complète, intermittente, et trente heures environ de compression mécanique. Deux séances de compression digitale par jour, de trois heures chacune pendant les deux premiers jours ; trois séances les jours suivants : une de deux heures et deux de trois heures. Entre les séances de compression digitale, deux à trois heures de compression mécanique, en plusieurs fois.

La compression digitale et mécanique est faite sur l'artère fémorale, d'abord au niveau du pubis, puis sur divers points du triangle de Scarpa, afin d'atténuer la douleur et de prévenir l'ulcération de la peau.

Flexion forcée du membre, à angle aigu, du commencement à la fin, sans interruption.

Application de glace pendant le jour; suspension de ce moyen pendant la nuit.

Coagulation en une journée.

Quelques douleurs sur le trajet de l'artère.

Continuation de la compression, trois jours encore après la coagulation.

Allongement graduel du membre.

Le 23 mai, marche avec des béquilles; le 30, marche avec une canne ; le 3 juin, promenade de demi-heure avec l'appui d'une canne seulement.

Diminution progressive de la tumeur poplitée.

Aujourd'hui (25 septembre 1869), plus de traces de la maladie première; aucun trouble fonctionnel; vie active comme par le passé; guérison radicale.

M. Desgranges fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Le succès me paraît dû bien évidemment à la combinaison des moyens employés du premier au dernier jour, savoir : *la compression, la flexion, la réfrigération.*

Les styptiques, à l'intérieur, ont été pris trop peu de temps pour avoir exercé une influence appréciable. La malaxation, pratiquée le onzième et le douzième jour, par des manœuvres légères et très-modérées, n'a dû modifier en rien le contenu du sac; d'ailleurs, à ce moment, l'anévrysme était si mou, si dépressible ; j'y trouvais si peu la consistance de dépôts fibrineux, que je fis, sans y songer, cette

réflexion désolante pour le malade : nous ne sommes pas riches en caillots.

Je reste convainçu que la coagulation s'est effectuée tout entière dans la journée du 13 mai, et que l'anévrysme a été rempli, en quelques heures, d'une masse fibrino-globulaire.

A. Le premier enseignement qui découle de cette observation est donc que les caillots appelés *passifs* sont susceptibles d'une organisation durable, définitive; qu'ils peuvent, de plus, se résorber au point de ne laisser aucune trace de leur existence quelques mois après leur formation.

Si ingénieuse que soit la théorie de M. Broca sur les dangers des caillots passifs et la valeur curative des caillots actifs, elle ne peut résister aux faits; elle ne saurait nous expliquer comment, en une seule journée, une masse considérable de fibrine se serait stratifiée dans la poche, ni d'où serait venue toute la quantité de cet élément nécessaire à la formation du coagulum. Au reste, si les idées de Bellingham, ravivées par M. Broca, ont prêté le flanc à la critique, et ont senti les coups de la vigoureuse argumentation de MM. Richet et Léon Le Fort, dans leurs savantes monographies (Anévrysme, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et *Encyclopédie des sciences médicales*), le *Traité des anévrysmes* du professeur de Paris est assez riche de fond, assez brillant de forme, pour n'avoir rien perdu de sa valeur. Il demeure comme la source inépuisable, d'où l'on peut tirer tous les documents relatifs à cet ordre de maladies; comme un monument de justice historique où chacun reprend la propriété de ses œuvres; comme un modèle de chaleur et de style quand il s'agit de défendre une bonne cause.

La cure définitive a été favorisée aussi par un léger degré d'inflammation développée dans le sac et dans l'artère. En effet, pendant plusieurs jours, notre confrère a éprouvé quelques douleurs vagues, un sentiment de constriction profonde; le simple contact développait une sensation plutôt désagréable qu'indifférente; et toute pression un peu forte sur la fémorale causait de la douleur.

La sub-inflammation, en provoquant des exsudations plastiques autour du caillot, en a favorisé l'organisation définitive; phénomène comparable dans une certaine mesure, à la cicatrisation des plaies par première intention. Quelle est l'origine de cette inflammation? Je la vois dans l'emploi prolongé de pressions agissant sur le sac et sur l'artère; pressions combinées avec l'action intermittente de la glace. L'heureuse chance, dans le cas actuel, a été de rester dans de bonnes limites. Trop forte, l'inflammation provoque des accidents;

trop faible ou nulle, elle laisse aux caillots leur solubilité dans le sang.

En somme, il ressort du fait précédent qu'un caillot fibrino-globulaire, pris par une légère inflammation, peut oblitérer un anévrysme, et, plus tard, disparaître complétement.

B. Le second point que je désire mettre en évidence, est l'avantage inhérent à l'emploi de plusieurs méthodes combinées; manière de faire qui n'est point encore usuelle dans la pratique chirurgicale. M. Broca n'en dit rien dans son *Traité des anévrysmes;* M. Le Fort garde le même silence; à peine M. Richet rappelle-t-il, en passant, l'observation de Pemberton. (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 339.)

Il nous faut arriver à l'excellente thèse de M. Stopin (*Traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse.* Paris, 1869, p. 39) pour trouver l'histoire de douze anévrysmes, traités concurremment par la flexion et par d'autres procédés.

Flexion du genou et compression directe sur l'anévrysme. (Verneuil, Shaw.)

Flexion du genou et compression sur l'artère fémorale. (Hutchinson, Pritchard, Hamilton, Sinclair Laing, Wyatt, Erichsen, Penberton, Sydney Jones.)

Flexion, compression indirecte et glace. (Leith Adams, Lockwood.)

L'auteur, passant ensuite en revue ces diverses observations, établit que, dans quatre cas, la compression n'a été que de quatre heures, alors que la flexion a été continuée pendant huit ou dix jours; que dans quatre autres la compression digitale a été abandonnée pour la flexion, la première étant intolérable; que la compression directe faite par Shaw, à l'aide d'une bille placée dans le creux poplité, laisse des doutes sur la réalité de son action; que M. Verneuil ne conseille guère le coussin qu'il place entre la cuisse et la jambe; que pour les autres malades, la flexion seule aurait pu donner la guérison.

Les conclusions de M. Stopin sont donc toutes en faveur de la flexion: conséquence logique des efforts qu'il fait, dans la discussion, pour établir le rôle capital de cette méthode dans les traitements complexes suivis de guérison.

La flexion, dit-il, en même temps que la compression, a été employée pour guérir les anévrysmes; la plus grande part du succès revient à la méthode de flexion.

Cependant, la compression directe, dans un cas (Verneuil), rendit l'anévrysme tout à fait silencieux; on n'y parvenait pas par la flexion

seule. Il semble que, dans ce cas très-remarquable, la méthode de flexion était la seule qui pût réussir.

Dans les autres cas où on employa la compression, ce fut la compression indirecte : tourniquets, clamps, doigts, etc. Il ne ressort pas des observations que la flexion n'eût pu être continuée seule, et n'eût assuré la guérison aussi vite qu'avec l'aide des moyens énoncés. (Stopin, *loc. cit.*, p. 61.)

L'auteur ne me semble pas bien clair dans sa deuxième conclusion; dans tous les cas, il n'approuve point les chirurgiens qui, contrairement à la pratique de Hart, ont combiné les méthodes, conduits probablement par les raisons que voici : la compression guérit les anévrysmes; la flexion, depuis quelques années, les guérit également; en comprimant et en fléchissant, nous aurons deux chances pour une de succès. « C'est en raisonnant, dit M. Stopin, où la science perd son compte. » (*Loc. cit.*, p. 58.)

Tant pis pour la science si la pratique y gagne. Je n'admets point que la science pure soit une divinité devant laquelle doivent s'incliner les exigences de la pratique et les intérêts du malade.

En résumé, la thèse de M. Stopin, dont je ne saurais trop faire l'éloge, loin de conseiller l'usage combiné de diverses méthodes, laisse voir des préférences marquées en faveur de la flexion employée isolément.

Trouve-t-on dans les faits épars cette alliance que je préconise? Pas davantage, si j'en juge par les observations venues à ma connaissance.

MM. Legouest et Servier appliquent à un anévrysme fémoro-poplité à peu près tous les moyens connus. Ils débutent par la flexion; recourent ensuite à la flexion intermittente du membre, associent en troisième lieu la flexion à la compression; puis finissent par la flexion, la compression à distance et la compression directe. En tout, sept procédés mis en œuvre, seuls ou combinés de diverses manières. La guérison a été ainsi obtenue; mais il est impossible de tirer des longueurs de l'observation une règle susceptible de généralisation. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 185.)

M. Richet soumet à la compression et à la flexion du membre, successivement appliquées, un anévrysme poplité. Insuccès de ces méthodes. Ligature de la fémorale. Mort. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 345, 369 et 419.)

M. Trélat guérit un anévrysme poplité par l'usage successif de la compression mécanique, de la flexion forcée et de la compression digitale. Le traitement complet compte quinze jours de compression

mécanique, quinze jours de flexion forcée du genou, et deux séances de compression digitale, à six jours de distance : la première de quatorze heures, la seconde de quatre heures seulement. Le chirurgien voulait ainsi faire une étude comparative des diverses méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 407.)

Parmi les faits antérieurs, je vois encore celui de M. Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. Anévrysme poplité. Compression digitale associée à la compression mécanique. Vers la fin du traitement, le malade lui-même fléchit la jambe sur la cuisse et ajoute ainsi tardivement la génuflexion aux méthodes précédentes. (Extrait du Bulletin de la Société vaudoise de médecine. 1867.)

Je mentionne, en passant, l'anévrysme poplité, volumineux, guéri en vingt-quatre heures par M. Bryant (Guy's Hospital) à l'aide de la compression digitale. Compression digitale et mécanique alternée pendant trois jours, sans succès. Tentative de flexion du membre non supportée par le malade. Interruption du traitement pendant plusieurs jours. Retour à la compression digitale continue, qui, cette fois, amène la cessation définitive des battements de la poche artérielle au bout de vingt-quatre heures. Injections hypodermiques de sulfate de morphine en vue de calmer les douleurs de la compression digitale. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1867, t. LXXIII, p. 471.)

L'union de la flexion et de la compression, telle que je la comprends, a été faite, il est vrai, par M. Delpeuch, mais non contre les anévrysmes; il s'agissait de plaies artérielles de l'avant-bras entraînant de sérieuses hémorrhagies, et qui ont été guéries de la sorte sans recourir à la ligature. L'habile praticien expose ses idées devant la Société de chirurgie dans un mémoire plein d'intérêt, auquel était réservée la bonne fortune du savant rapport de M. Boinet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 326, 361, 382.)

La Société de chirurgie elle-même, dans les séances des 21 et 28 juillet 1869, ouvre une discussion sur le traitement des anévrysmes à la suite de la communication de M. Trélat. Les orateurs exposent avec une grande érudition la physiologie pathologique de la guérison; ils comparent la compression digitale avec la flexion, et donnent le conseil d'employer d'abord la compression digitale, puis la flexion en cas d'insuccès, et de réserver la ligature comme dernière ressource. Mais nulle part je ne vois l'indication posée de réunir les méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 411, 418.)

N'avais-je donc pas raison de dire, en commençant, que les règles

à suivre dans le traitement de l'anévrysme poplité n'étaient pas définitivement tracées; que chaque médecin suivait un peu ses inspirations; que, le plus souvent, on s'attachait à une méthode à l'exclusion des autres, et cela, plus d'une fois, au détriment de la rapidité et de la certitude de la guérison.

La conclusion pratique à laquelle je m'attache spécialement est donc tout en faveur de l'union des méthodes. Or, pour l'anévrysme poplité, je ne crains pas de dire qu'il est avantageux d'employer simultanément, et dès le premier jour, la flexion du membre continue et plus ou moins forcée, la compression digitale, indirecte, totale et intermittente, la compression mécanique et la réfrigération.

COMMUNICATION

Vice de conformation du voile du palais. — Étiologie. — Rapport entre la brièveté de la voûte palatine et la cacophonie spéciale. — M. TRÉLAT. Au commencement du mois de juillet dernier, je reçus, dans mon cabinet, un père, une mère et une enfant de 3 semaines. C'était la petite fille qu'on me présentait, mais la présence de ses deux parents accrut de beaucoup, pour moi, l'intérêt de l'examen auquel je procédai.

La mère, bien constituée, a été mariée deux fois, et est âgée de 38 ans. De son premier mari, elle a eu un fils bien portant et de conformation régulière, aujourd'hui âgé de 7 ans.

De son second mari, elle a eu deux filles, l'une née en novembre 1867 et morte à 6 mois. D'après le dire des deux parents, cette enfant ne pouvait pas téter, parce qu'elle avait « un trou ou une fente dans le palais, » et la seconde fille est sous mes yeux.

L'aspect extérieur du corps, les membres, la face, les orifices naturels sont normaux. Seuls, la voûte palatine et son voile offrent une disposition irrégulière.

A première vue, on reconnaît que la luette est légèrement bifide à sa pointe ; que le voile palatin semble avoir, en tous sens, ses dimensions habituelles ; que toute la partie médiane et antérieure du voile est mince, tendue, blanchâtre comme une cicatrice, et qu'au milieu de cette partie blanchâtre, juste derrière le bord de la voûte osseuse, il existe une fente en forme de grain d'avoine, longue de 1 centimètre et large de 3 à 4 millimètres. Par cette fente, dont les bords sont très-peu épais, on aperçoit la cloison des fosses nasales. La mère affirme, de la manière la plus catégorique, que ce pertuis n'existait pas au moment de la naissance, où, instruite par le sou-

venir de sa première fillc, elle fit elle-même un examen attentif. Mais le quatrième jour, l'enfant refusant absolument de téter, on reconnut un petit trou gros comme une tête d'épingle. Cet orifice continua de grandir lentement. Au bout de huit jours, il avait atteint les dimensions que j'ai indiquées, et qui n'ont pas été dépassées.

Outre cette malformation apparente, le toucher permet de reconnaître que la voûte osseuse est insuffisante et anormale. Son bord postérieur est fortement échancré, suivant un angle ouvert en arrière, et de plus, ce bord est beaucoup plus rapproché que d'habitude de l'arcadc alvéolaire. La voûte est donc à la fois trop courte et échancrée en arrière.

Telles sont les lésions constatées chez l'enfant. Quant au père, dès les premiers moments de son interrogatoire, j'avais été frappé par sa prononciation et par ccrtain mouvement de son visage, et sitôt que j'eus terminé l'cxamen de la petite fille, je le soumis aux mêmes investigations.

Notons que cet homme, âgé de 40 ans, vigoureux, n'a jamais eu que deux enfants, et que ces deux enfants ont eu l'une et l'autre une malformation du palais.

Il sait très-bien qu'il prononce mal certaines lettres ou certains sons. Les lettres *m*, *n*, *v*, les longues *on*, *an*, *un* sont altérées, nasonnées, et nécessitent une contraction particulière et grimaçante des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Du reste, cctte défectuosité de la parole n'a rien d'cxcessif et est habilement palliée par quelques substitutions volontaires de lettres : le *b* remplace l'*m*; le *d* est prononcé en place de l'*n*; le *v* est sauté. Les trois diphtongues que j'ai signalées se confondcnt en un seul bruit guttural sans sonorité et sans caractéristique.

Il y a peu d'années, on aurait dit que cette mauvaise prononciation provenait d'une éducation phonéique mal dirigée ou d'une bizarrerie sans cause. En effet, la bouche de notre homme paraît régulièrement conformée dans toutes ses parties; en particulier, on n'observe aucune solution de cuntinuité sur la paroi supérieure qui comprend la voûte et le voile du palais. Néanmoins, la conformation n'est pas normale. Ici, comme chez la pctite fille, la voûte osseuse est trop courte et échancrée sur la ligne médiane. Tandis que le voile mesure 35 millimètres au niveau de la luette et 25 millimètres de chaque côté (hauteur normale), la voûte osseuse n'a que 40 millimètres, depuis l'intervalle des deux incisives supérieures jusqu'à l'échancrure postérieure, et 44 millimètres de chaque côté de l'échancrure. La largeur entre les deux dernières grosses molaires

est de 40 millimètres. C'est la largeur habituelle, tandis que la longueur varie entre 55 et 60 millimètres chez les sujets bien constitués.

Dans cette double observation, chaque individu a son côté intéressant, sans compter que la puissante hérédité des malformations palatines est une fois de plus démontrée.

Jusqu'ici j'avais cru, et cette croyance me semble généralement partagée, que les arrêts de développement de la paroi buccale supérieure existaient toujours au moment de la naissance tels qu'ils devaient persister par la suite. Jamais je n'avais entendu parler de perforations spontanées survenues en dehors de toute cause pathologique et après le commencement de la vie extra-utérine. Il faudra désormais admettre cette éventualité si le récit qui m'a été fait est exact. Or, j'ai toute raison de le croire tel. En effet, cette portion mince et demi-transparente qui entoure le petit pertuis semble n'être qu'une mince cloison sans résistance, sans grande vitalité, très-bien disposée pour une résorption analogue à celle qui s'effectue dans certaines cicatrices. Au reste, puisqu'il paraît prouvé, par les faits de Passavant (1) et par celui que j'ai communiqué à la Société (2), que des voiles palatines fendues au moment de la naissance ont pu être le siége d'une réunion cicatricielle qui effaçat toute apparence de difformité, le travail inverse n'a rien de plus difficile à concevoir.

L'examen du père touche un autre point auquel des recherches antérieures me font attacher de l'importance. Vous pouvez vous souvenir que, dans mon rapport sur la staphyloraphie (3), j'ai soutenu avec Passavant, que la bifidité du voile n'est pas la cause du défaut de prononciation, et que cette cause gît dans la brièveté et l'insuffisance de la voûte osseuse; d'où je tirais, quant à l'opération de la staphyloraphie et à son succès, des conclusions qu'il est inutile de rappeler ici. Pour établir cette démonstration, je m'appuyais principalement sur les deux observations de Passavant relatives à un enfant de 6 ans et à un homme adulte ayant eu des guérisons spontanées de bifidités palatines, et ayant malgré cela conservé une parole fortement nasonnée et souvent incompréhensible. Depuis, je vous ai présenté un homme (4) chez lequel les mêmes phénomènes paraissaient avoir eu lieu, et qui, malgré l'intégrité de son palais,

(1) *Archives gén. de médecine*, 6 série, t. V, p. 55.
(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. VIII, p. 430.
(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 587.
(4) *Archives*, 6e série, t. VI, p. 422.

avait le nasonnement caractéristique. Chez ces trois individus, la voûte osseuse était manifestement plus courte, et même beaucoup plus courte qu'à l'état normal. C'est précisément le cas de l'homme dont je viens de vous parler. Il parle comme les autres et il présente la même conformation qu'eux.

Peut-être, messieurs, ne serez-vous pas encore convaincus et demanderez-vous de nouvelles preuves. Quant à moi, je regarde la question de physiologie pathologique comme résolue. Je vois, d'un côté, des sujets ayant une division complète du voile parler très-intelligiblement. Tout récemment, j'en avais un dans mon service; je l'ai fait remarquer aux élèves. D'autre part, voici quatre faits où la parole est viciée, le voile étant intact.

Je n'ai pas à rechercher ici en vertu de quel mécanisme la brièveté de la voûte osseuse trouble le langage. C'est une question de physiologie, qui a été contradictoirement jugée par Passavant et par Paul (Hermann) [1], mais qui importe peu à la pratique chirurgicale. Ce qui importe, c'est de savoir au juste ce qu'on peut espérer de certaines opérations réparatrices, c'est de connaître les conditions anatomiques qui peuvent influer sur leur pronostic définitif, et c'est dans ce but que je suis revenu, chaque fois que l'occasion m'en a été donnée, sur une démonstration dont j'avais avancé les premiers éléments.

M. BLOT. L'enfant observé par M. Trélat tétait mal. Rien d'étonnant à cela, mais je crois devoir signaler un cas dans lequel l'enfant, bien qu'atteint de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine, put se livrer à la succion et être nourri au sein. L'enfant qu'on désirait faire allaiter fut apporté au bureau. Nous y trouvâmes deux nourrices qui avaient inutilement essayé de donner le sein à d'autres enfants atteints de bec-de-lièvre simple. Toutes deux avaient le sein parfaitement conformé, et celle qui fut choisi avait un mamelon assez long pour qu'il pût en quelque sorte pénétrer jusque dans l'arrière-bouche. En effet, l'enfant se précipita sur le sein, l'introduisit d'autant plus profondément que la division congénitale de la lèvre agrandissait la bouche, et, à notre extrême étonnement, nous pûmes constater que la succion se faisait d'une manière très-régulière.

M. PERRIN. Une disposition en ogive de la voûte palatine osseuse suffit quelquefois pour donner à la voix le timbre qu'elle a dans la division du voile; c'est ce que j'ai pu constater chez un jeune homme

---

(1) *Archives*, 6e série, t. VI, p. 412.

dont le palais, offrant cette disposition, était cependant exempt de toute perforation.

M. TRÉLAT. L'enfant qui a une division totale du voile du palais se jette sur le sein, consacre tout à la succion, oblitère ses narines en pressant le nez contre la mamelle, et il tête comme le faisait le petit malade de M. Blot ; mais il faut que de temps en temps il se retire pour respirer. L'enfant qui a une simple perforation palatine prend l'habitude de respirer par le nez, et celui-là se refuse à teter.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1869

Présidence de M. VERNEUIL

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La corespondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — Le *Montpellier médical.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Bulletin médical du Nord de la France.*

— Le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand duché de Luxembourg, pour* 1869.

— *The american journal of obstetrics and diseases of women and children by Nœggerath and Dawson.* New-York ; années 1868 et 1869.

— *Army medical department report for the year* 1867. Vol. IX. Londres, 1869.

Cas de tétanos traité et guéri par un traitement balnéaire à Aix, en Savoie. — M. FORGET. J'appelle l'attention de mes collègues sur une observation de tétanos traumatique et rhumatismal traité avec succès par les pratiques balnéaires d'Aix, en Savoie.

Cette observation, dans laquelle je suis intervenu, sur l'invitation de l'auteur, m'a été adressée par M. le docteur Brachet, d'Aix, avec prière d'en commuuiquer un extrait à la Société de chirurgie, qu'elle est de nature à intéresser.

Voici le fait :

Le docteur Brachet fut appelé, le 29 juillet dernier, auprès d'un homme âgé de 23 ans, qui présentait, à un haut degré, tous les symptômes d'un opisthototonos très-intense.

Le 9 juillet, cet individu, en moissonnant, s'était coupé l'extrémité du pouce droit. L'ongle avait été incisé dans le tiers de sa longueur. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu ; une douleur vive, s'irradiant le long du bras, persista pendant quatre jours. Un pansement méthodique fut fait alors, et bientôt le blessé put reprendre ses travaux des champs, la cicatrisation étant achevée.

Le 23 juillet, après être descendu dans une cave, où il resta, étant en sueur, une demi-heure, cet homme ressentit immédiatement une très-vive douleur dans la région auriculo-temporale gauche, et depuis lors les accidents tétaniques se développèrent avec une rapidité et une intensité toujours croissantes.

Sauf ceux des membres supérieurs, tous les muscles sont fortement contractés ; le trismus maintient les mâchoires énergiquement serrées. Le thorax est comme serré dans un étau; la respiration à peine sensible. Les muscles du ventre sont rigides ; les selles sont nulles; il y a une seule mixtion en vingt-quatre heures. Comme l'asphyxie était imminente et qu'une application antérieure de onze vésicatoires avait été sans résultat, M. Brachet songea à utiliser contre cette grave affection l'action puissante des eaux thermales de l'établissement d'Aix.

Voici comment il procéda :

Il avait vu le malade le 29; dès le 30, il fut soumis (après une tentative infructueuse et même dangereuse, essayée dans le caveau vulgairement désigné sous le nom *d'Enfer*, en raison de sa haute température) au massage et aux douches à 38 degrés, avec une projection de 12 mètres de hauteur.

Trois opérations balnéaires du même genre eurent lieu toutes les vingt-quatre heures, et chaque fois elles duraient une demi-heure.

Après la première, il y eut une aggravation dans l'état du malade; ses membres supérieurs, libres jusqu'alors, furent pris de contracture.

M. Brachet n'en persista pas moins dans la voie thérapeutique par lui adoptée, et à la suite de la quatrième séance, il eut la satisfaction d'obtenir une très-légère détente des muscles des régions cervicale et abdominale.

Un bain de piscine, à 36 degrés, qui dura huit heures, fut pris par le malade, qui tomba à la suite dans un tel état de faiblesse que l'on craignit de le renouveler.

Ce ne fut véritablement que le 5 août, après six jours de traitement persévérant, qu'une amélioration appréciable se manifesta. Un mouvement de flexion sensible put s'effectuer, et le trismus, diminué, permit d'introduire, entre les dents du malade, une lamelle de bois, qui rendit l'ingestion du bouillon possible. M. Brachet y associa deux verrées de vin par jour.

Du 5 au 13 août, sous l'influence du traitement uniforme que l'on connaît, on vit se produire la détente progressive de l'appareil musculaire.

La déglutition étant devenue assez facile pour vaincre la constipation, qui n'avait pas cessé, et éveiller l'action du canal digestif, M. Brachet donna des eaux purgatives qui amenèrent des selles copieuses.

A la même époque, se dessina, sous le tégument externe, une éruption abondante, celle qui constitue la poussée des eaux sulfureuses.

Je considérai, dit M. Brachet, le malade comme étant sauvé. En effet, le 22 août, il ne conservait plus qu'une faible roideur dans les muscles du cou et dans ceux qui président à la respiration. Il put venir à pied de chez lui à l'établissement pour prendre ses douches.

La guérison n'a pas tardé à se compléter.

J'ajouterai, avant de clore cette communication, que j'ai suivi le malade de notre confrère, que j'ai pu constater le haut degré de gravité et d'intensité du tétanos dont il était atteint, la menace d'asphyxie qui était imminente, et je m'associe à l'auteur de l'observation pour reconnaître que la thérapeutique balnéaire, soit par la thermalité élevée de l'eau employée, soit par l'excitation des manœuvres exercées à la surface du corps, a produit sur tout le tégument externe une révulsion énergique et permanente, à laquelle il nous semble qu'il faille accorder le rôle principal dans cette guérison vraiment remarquable, et dont on ne saurait trop féliciter notre confrère.

COMMUNICATION

Expériences sur le chloral — M. GIRALDÈS. Je désire entretenir la Société de chirurgie d'une question nouvelle, toute d'actualité : l'action de l'hydrate de chloral dans l'économie comme agent hypnotique et anesthésique.

Au mois de juin dernier, M. Otto Liébreich, assistant de chimie au laboratoire de pathologie, communiqua à la Société de médecine de

Berlin, et à l'Académie de médecine de la même ville, le résultat de ses recherches sur l'hydrate de chloral, substance découverte il y a trente ans par Liebig, considéré comme agent hypnotique et anesthésique.

M. Liébreich, voyant que l'hydrate de chloral, en présence d'un alcali, se dédoublait en acide formique et chloroforme, a pensé que la même action se produirait au sein de l'économie, et que cet agent, en contact avec le sang, se dédoublerait, et que le chloroforme produit agirait sur les centres nerveux et déterminerait l'anesthésie.

L'expérience confirma ses prévisions : 35 centigrammes d'hydrate de chloral, injectés sous la peau d'un lapin, produisirent un état hypnotique qui dura trois heures. D'autres expériences, repétées chez d'autres espèces animales, donnèrent le même résultat, et montrèrent que l'hydrate de chloral agissait sur l'économie comme anesthésique et comme hypnotique. Administré chez l'homme, l'hydrate de chloral fournit les mêmes résultats. Bardeleben et Langenbeck eurent l'occasion d'employer avec succès l'agent en question. Chez une femme atteinte d'inflammation douloureuse du poignet, chez laquelle l'intensité de la douleur était assez grande pour empêcher l'application d'un appareil, 40 grains (2 grammes) de l'hydrate de chloral produisirent une anesthésie suffisante pour permettre l'application de l'appareil. Chez une autre femme, atteinte de fracture comminutive de l'humérus, compliquée de délire, de convulsions, ayant résisté à l'action de la morphine et de l'atropine combinées, 3 grammes d'hydrate de chloral à l'intérieur, et un en trois injections sous-cutanées, amenèrent un sommeil qui dura jusqu'au lendemain. La même substance, employée chez des aliénés délirants, produisit de très-bons effets.

En Angleterre, M. Richardson étudia l'action de l'hydrate de chloral chez les animaux, et au mois d'août, dans un rapport étendu, présenté à la section de biologie de l'Association britannique tenue à Leeds, résuma le résultat de ses recherches sur ce sujet, confirma les résultats avancés par Otto Liébreich.

Une série d'expériences instituées chez des animaux : grenouilles, pigeons, lapins, etc., montrèrent que l'hydrate de chloral, donné à l'intérieur ou injecté sous la peau, produisait un sommeil très-long sans être précédé d'agitation, et une anesthésie assez grande. Des expériences comparatives avec d'autres agents : chloroforme, bichlorure de méthylène, etc., démontrèrent d'une manière évidente que l'hydrate de chloral, comme anesthésique, était inférieur au

chloroforme. Plus tard, M. Spencer Wells, se dégageant du domaine expérimental pour entrer dans celui de la pratique, étudia chez l'homme l'action du nouvel agent, et montra, par quelques observations intéressantes, que le chloral, dans beaucoup de cas, pouvait fournir au praticien un agent précieux pouvant provoquer un calme et un sommeil assez longs sans cet état de congestion produite par l'opium, état qui, comme on le sait, fatigue beaucoup les malades.

En présence des résultats obtenus par Langenbeck, Bardeleben et Spencer Wells, j'ai, de mon côté, essayé à connaître quelle pouvait être l'action de l'hydrate de chloral chez des enfants. Grâce à l'extrême obligeance de M. Grassi, j'ai pu me procurer 15 grammes de cette substance. Ainsi, chez un enfant de 3 ans atteint d'un ectropion de la paupière inférieure, 2 grammes d'hydrate de chloral dans 10 grammes d'eau, pris en une seule fois, déterminèrent, au bout d'un quart d'heure, un sommeil qui dura près de cinq heures. Chez un second enfant du même âge, chez lequel je venais de faire l'ablation du doigt médius, la même dose de médicament, administrée de la même manière, détermina également un sommeil qui dura à peu près le même temps. Pendant le sommeil, l'action reflexe était conservée ; des pincements de la peau provoquaient des contractions des membres. La respiration était calme et lente. Chez deux autres enfants âgés de 12 ans, le médicament ne produisit aucun effet notable. Enfin, chez deux autres, deux filles âgées l'une de 12 et l'autre de 14 ans, la même dose de médicament produisit un état d'ivresse assez marqué. Je dois ajouter, enfin, que chez un enfant chez lequel j'avais fait des injections sous-cutanées, les piqûres se sont enflammées, et provoquèrent un phlegmon sous-cutané.

J'ai reçu, depuis quelques jours, par l'intervention bienveillante de M. Bardeleben, de Berlin, 30 grammes d'hydrate de chloral, et je me propose de continuer mes recherches sur cet intéressant sujet.

M. FORGET. Je demanderai à M. Giraldès ce qu'il entend par ces mots : Je communiquerai à la Société les résultats bons ou mauvais. Entend-il parler de la valeur du chloral comme agent hypnotique ou comme anesthésique pouvant remplacer le chloroforme ? Le chloral à petite dose est hypnotisant ; à plus haute dose, il est anesthésiant ; mais il peut amener des accidents. S'agit-il, dans les prévisions dont nous parle M. Giraldès, de constater l'utilité ou l'inutilité du médicament ? ou s'attend-il à observer des accidents ?

M. GIRALDÈS. Je n'ai voulu parler que des résultats thérapeu-

tiques; quant aux accidents, si l'on a déterminé la mort de quelques animaux, c'était en quelque sorte intentionnellement, en recherchant à quelle dose on produirait des effets toniques, mais aucun cas de mort sur l'homme n'a été observé. C'est cette question de dose qu'il s'agit d'étudier, car, pour ce qui concerne les propriétés anesthésiques, on ne saurait discuter la question. Des lapins ont été plongés dans l'insensibilité la plus absolue et sont ensuite revenus à l'intégrité de leurs fonctions. Toutefois il est prouvé que, comme anesthésique, le chloral ne vaut pas le chloroforme. Celui-ci supprime encore l'action reflexe, le chloral ne fait que l'affaiblir et même la laisse intacte.

PRÉSENTATION DE MALADES

Extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse. — M. LÉON LE FORT. La Société s'est plusieurs fois occupée de la question de l'application de l'extension continue au traitement des fractures de la cuisse. Le malade que je lui présente a été traité par moi, à l'hôpital Cochin, d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse, au moyen de l'appareil que j'ai présenté antérieurement à la Société. Il n'y a, comme on peut le voir, ni claudication ni roideur de genou, et cependant le malade a dû subir un long traitement, car, à peine guéri de sa fracture, il fit une chute avant même d'être sorti de l'hôpital, et se fractura une seconde fois la cuisse au niveau du col.

J'attribue l'absence de roideur articulaire, si fréquente après ces fractures, ainsi qu'il résulte de l'examen des malades observés par M. Delthil à l'hôpital des convalescents de Vincennes, à ce que l'extension a porté sur la cuisse même, et non sur la jambe. J'attache à cette précaution une grande importance, car la traction opérée sur la jambe, et le tiraillement qui en résulte sur l'articulation du genou, sont pour moi une cause puissante de roideur articulaire. Rien de plus facile du reste que d'appliquer l'extension au-dessus des condyles du fémur. J'applique verticalement autour de la cuisse des bandelettes de diachylon, qui viennent se rassembler en deux faisceaux sur les côtés de l'articulation, où elles forment deux anses auxquelles s'attachent les courroies extensives; d'autres bandelettes circulaires aident à les maintenir en place.

Quant au raccourcissement réel, la mensuration plusieurs fois répétée me donne un centimètre; l'on sait combien toute mensuration de la cuisse est incertaine, mais ce qui nous importe en pratique,

c'est que le malade ici présent marche aussi facilement qu'avant l'accident, sans claudication apparente et sans roideur articulaire.

M. TRÉLAT. M. Le Fort fait remarquer avec raison que la fracture ne siége qu'à la partie moyenne de la cuisse; car ces fractures sont beaucoup plus faciles à traiter que celle du tiers supérieur, et c'est pour celles-là surtout qu'on s'ingénie par tous les moyens sans arriver à des résultats satisfaisants.

M. LE FORT. Nul n'ignore la difficulté de traiter les fractures soustrochantériennes; mais pour celles-là je ne crois pas l'extension applicable. Dans les fractures des deux tiers inférieurs du fémur, le raccourcissement est déterminé par le chevauchement, suivant la longueur; l'extension est applicable et suivie d'un bon résultat. Dans les fractures du tiers supérieur, le raccourcissement est dû à cette circonstance, que les fragments de fémur s'inclinent angulairement, en formant un angle saillant en dehors ou en avant et en dehors. A cette variété de fracture j'oppose, à l'exemple de Malgaigne, la pression au niveau de l'angle par une attelle externe serrée autour du bassin, et en bas autour de la cuisse et de la jambe.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Taille médiane, incisions multiples de la prostate. Extraction de trois calculs. Guérison. — M. VERNEUIL. Un médecin, âgé de 64 ans, maigre, très-actif, bien portant toute sa vie, vint me trouver dans le courant du mois dernier pour le débarrasser de la pierre.

Les premiers troubles remontaient à une douzaine d'années, mais n'avaient point empêché notre courageux confrère de vaquer à ses occupations, dans un pays montagneux, difficile, où la locomotion s'effectue au moins autant à pied et à cheval qu'en voiture. Depuis longtemps il soupçonnait la nature de son mal, mais recula jusqu'à l'an dernier une exploration, qui, faite par notre collègue M. Duboué, de Pau, démontra du premier coup la présence d'un calcul d'un volume notable.

Les symptômes s'aggravant, M. L... résolut d'en finir.

J'imposai quelques jours de repos après l'arrivée à Paris, et fis une exploration. Voulant d'abord connaître l'état de l'urètre, je me contentai d'introduire la sonde coudée de Merner : le canal était libre, le col de la vessie facilement franchissable. L'instrument, parvenu sans peine dans la vessie, heurta aussitôt le corps étranger. Il était relégué au côté gauche de la vessie, et, quoique le malade fût placé sur

le dos, le bassin élevé, le calcul ne tomba pas dans le bas-fond, ce qui me surprit un petit peu, car la vessie contenait une assez bonne quantité d'urine.

Quoiqu'il en soit, en promenant la sonde d'avant en arrière, et *vice versâ*, je diagnostiquai un calcul à surface lisse, mesurant trois centimètres, et probablement assez dur, à en juger par le son sec rendu par le choc.

J'aurais voulu préciser le diagnostic à l'aide d'un brise-pierre, qui m'aurait renseigné mieux sur les dimensions et la consistance de la pierre; mais le malade était fort ému, et je crus devoir en rester là pour le moment.

J'avais au préalable exploré la prostate, qui était peu volumineuse; je constatai que les urines étaient pâles, assez limpides, offrant un léger dépôt, mais purulent; jamais il n'y avait eu d'hématuries; jamais ni sable, ni gravier, ni débris phosphatiques n'avaient été rendus. Les douleurs étaient médiocres dans la marche, nulles dans le décubitus dorsal. L'urine pouvait être facilement gardée jusqu'à 3 heures et plus.

Le cas me semblait fort simple; je crus à un calcul de volume moyen, à surface lisse, composé d'acide urique. La vessie était en bon état; les reins aussi. De temps en temps, à la vérité, il y avait des accès de fièvre, à la suite de fatigues extrêmes ou de refroidissement; mais notre confrère, habitant un pays où le paludisme est endémique, rapportait sans hésiter à cette cause les accidents en question.

Il me paraissait que la lithotritie était tout à fait indiquée; j'engageai donc M. L... à s'installer aux environs de Paris, ne voulant pas l'opérer dans une petite chambre d'hôtel, et je prescrivis un régime destiné à modifier la sécrétion urinaire et à combattre un état de dyspepsie assez prononcé, remontant à quelques semaines, et à la production duquel le moral prenait certainement la plus large part.

Les bains, les lavements, l'eau de Vichy, formaient la base de ce traitement préparatoire.

L'exploration avait été très-courte, très-facile, fort peu douloureuse; cependant, le soir même, se déclara un accès de fièvre qui dura plusieurs heures et se reproduisit le lendemain et le surlendemain, tout en perdant de son intensité. L'état saburral ne s'amenda guère, malgré l'emploi d'un purgatif, et la susceptibilité morale du malade ne fit que l'aggraver.

Il vint en conséquence m'annoncer, les larmes aux yeux, qu'il

renonçait à la lithotritie, désirant être débarrassé d'un seul coup par la taille, mais qu'il craignait beaucoup de succomber loin de sa famille et de son pays. Cette déclaration pesait lourdement sur le choix du procédé. La lithotritie devenait presque irréalisable, à cause de sa durée inconnue et des chances de retour des accès fébriles. La taille reprenait toute sa suprématie; il me parut d'autre part que, pratiquée en rase campagne, sur un malade maigre, bien portant et joyeux, elle se réduisait à son minimum de danger.

Je renvoyai donc M. L..., et allai l'opérer le 5 octobre, par un temps superbe. Je le trouvai dans les conditions les plus favorables, et, grâce au concours obligeant que voulurent bien me prêter M. Duboué et M. Serbet, exerçant dans le voisinage, j'augurai bien du succès.

Il y avait cependant une ombre au tableau; je veux parler de l'incertitude du diagnostic que l'unique cathétérisme rendait insuffisant, au moins pour fixer le choix du meilleur procédé.

Cependant, réfléchissant aux ressources qu'offre la lithotritie combinée séance tenante à la taille, et muni de tous les instruments nécessaires pour fragmenter le calcul par la plaie périnéale, je résolus de pratiquer la taille médiane, qui m'avait déjà, à plusieurs reprises, donné d'excellents résultats. D'ailleurs, il faut bien le dire, je croyais n'avoir affaire qu'à un calcul de 3 centimètres; dimension très-acceptable pour le succès du procédé en question.

Le chloroforme administré, j'exécutai rapidement les premiers temps de la taille médiane, et conduisis sans peine dans la vessie le lithotome simple. L'ayant ouvert à 25 millimètres, je débridai directement en arrière et sur la ligne médiane, puis, en retirant l'instrument, j'achevai d'inciser la portion membraneuse, pour rendre large la voie d'issue au voisinage de la peau; l'urine s'écoula aussitôt. J'introduisis le gorgeret et l'indicateur droit, et avec ces deux instruments, je dilatai doucement le col de la vessie. Mon doigt, à peine porté dans la cavité vésicale, y reconnut plusieurs calculs. Le premier me parut avoir les dimensions indiquées plus haut; un autre était plus petit; un dernier me sembla plus gros.

La prostate, quoique peu développée, était rigide et ferme. L'ouverture pratiquée au col eût été insuffisante; il eût fallu la dilater violemment, et peut-être déchirer le tissu glandulaire, aussi je crus sage de débrider sur-le-champ les diamètres obliques; c'est ce que je fis à l'aide du lithotome double. Ouvert seulement à 30 millimètres, le col de la vessie se trouvait ainsi par le fait incisé en trois points : sur la ligne médiane, dans l'étendue de moins de 1 centimètre, et sur les côtés, un peu plus largement sans doute.

La tenette pénétra facilement dans la vessie : un premier calcul fut immédiatement chassé. C'était précisément celui de 3 centimètres; mais par le fait, le diamètre saisi n'en offrait guère que 2. J'aurais pu faire l'extraction rapide, je préférai manœuvrer lentement et préparer, par des mouvements de latéralité, la voie à la pierre, plus grosse que je ne soupçonnais.

Ce soupçon fut d'ailleurs confirmé par l'examen de ce premier échantillon, très-régulièrement ovoïde dans sa plus grande étendue; il offrait, sur un de ses longs côtés, une dépression profonde, régulière dans sa concavité, appartenant à un rayon très-long annonçant sa juxtaposition à un calcul encore plus volumineux.

Un second coup de tenette amena une seconde pierre ovoïde, aplatie, de petite dimension, et brisée en deux fragments par la pression des mors.

La troisième devait nous donner plus de peine. Elle était facile à rencontrer et à saisir, mais deux fois elle s'échappa de la tenette, qui était d'ailleurs de petite dimension. J'en pris une plus forte, et cette fois le corps étranger fut solidement saisi. A l'écartement considérable des branches, je vis qu'il était plus volumineux même que je ne l'avais cru. Je songeai donc d'abord à le repousser dans la vessie et à le fragmenter. Toutefois, je crus devoir faire avec douceur et prudence un essai d'extraction. Au reste, voici pourquoi je le tentai. L'issue du premier calcul avait déjà dilaté le chemin, puis, dans les deux tentatives infructueuses, le calcul, dont j'ignorais les dimensions, avait progressé et certainement franchi, avant de se dégager des tenettes, le col de la vessie. Je pouvais donc espérer l'amener au dehors sans violenter trop les bords de la plaie.

Manœuvrant donc comme si j'avais eu une pompe entre les mains, je vis la tenette descendre doucement et progressivement, de sorte qu'en moins de deux minutes elle sortit avec la pierre, qui, par bonheur, était saisie par le petit diamètre de l'ovoïde. Je fus toutefois surpris, ainsi que mes assistants, de voir qu'un calcul relativement aussi gros ait pu franchir aussi aisément la voie ouverte par la taille médiane et les incisions relativement restreintes de sa prostate.

Je ne puis évaluer en chiffres la force que j'ai mise en usage, mais je puis affirmer n'avoir exercé aucune violence exagérée, et n'avoir rencontré aucune résistance qu'il eût été imprudent de surmonter par la force.

Une dernière exploration m'assura que la vessie ne contenait plus rien. L'écoulement sanguin avait été peu considérable, car je n'avais certainement pas blessé le bulbe, et n'avais ouvert aucun vaisseau

important. Cependant, en écartant les lèvres de la plaie, je vis, sur le côté gauche, deux petites artérioles juxtaposées siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui donnaient du sang. Il s'agissait sans doute de rameaux de l'hémorroïdale inférieure. Un attouchement léger avec la pointe d'un cautère conique et une irrigation d'eau froide arrêtèrent sans peine l'écoulement sanguin.

Le malade fut transporté dans son lit. Un quart d'heure après, je voulus placer dans la plaie périnéale et pousser jusque dans la vessie une grosse sonde de caoutchouc vulcanisé, très-souple malgré son volume, et que je maintiens d'ordinaire pendant deux jours pour soutirer l'urine de la vessie, ou du moins lui fournir une voie directe à travers la plaie infractueuse du périnée.

Or, l'introduction directe ne put se faire, et il me fallut, à l'aide de l'index, refaire la voie; je fus alors frappé du retrait qu'avaient subi les parties molles, et en particulier la prostate, qui, quelques minutes auparavant, avait livré passage à un corps pourtant très-volumineux; cela me rassura sur les suites de cette dilatation forcée.

Lorsque, trois heures plus tard, je quittai l'opéré, il ne se plaignait que d'une douleur contusive au périnée et à l'hypogastre. Le sang s'était arrêté, et l'urine, à peine teintée, coulait librement par la sonde.

Des compresses imbibées d'eau fraîche furent appliquées sur le périnée avec ordre de les renouveler d'heure en heure. Le sulfate de quinine fut administré par précaution, à la dose de 50 centigrammes.

Les nouvelles ultérieures m'apprirent que le reste de la journée s'était passé sans autre accident qu'un peu d'agitation et d'exagération de la sensibilité normale, mais qu'à partir du lendemain il n'y avait eu ni fièvre ni malaise quelconque. Au huitième jour, la plaie extérieure, très-réduite, commençait à bourgeonner; au dixième jour, elle suppurait à peine, et quelques gouttes d'urine sortaient par le méat. Tout fait donc présager une guérison complète et prochaine.

Ce fait heureux confirme mon opinion sur la valeur de la taille médiane, sur son innocuité réelle et sur son efficacité, lors même que les calculs présentent un volume considérable; le dernier, en effet, offre les dimensions suivantes:

Gros calcul.

Longueur................	00,60	
Largeur.................	00,47	
Épaisseur...............	00,30	
Poids...........................		98 grammes.

Moyen calcul.

Longueur................	00,42	
Largeur.................	00,25	
Épaisseur................	00,15	
Poids........................		27 grammes.

Petit calcul.

Longueur................	00,25
Largeur.................	00,15
Épaisseur................	00,10

Tout porte à croire que cet excellent procédé reprendra de jour en jour plus de faveur dans la pratiqne chirurgicale, surtout par son innocuition avec les débridements multiples du col vésical et la lithotritie par la plaie.

M. PERRIN. Je crains, après ce que vient de dire M. Verneuil, qu'il y ait quelque confusion dans les esprits. La taille qu'a pratiquée notre collègue n'est pas une taille médiane; elle se rapproche beaucoup plus de la taille quadrilatérale de Vidal de Cassis, car ce n'est pas l'incision des parties molles, mais bien l'incision de la prostate qui caractérise les procédés. Je ne vois pas non plus quel avantage a le procédé suivi par M. Verneuil sur la taille prérectale, qui permet plus facilement de pratiquer ces deux incisions latérales sans blesser le bulbe. Enfin, lorsqu'il s'agit de calculs aussi volumineux, il me semble qu'il serait peut-être préférable de le faire d'abord éclater et de le retirer en plusieurs fragments plutôt que de chercher à l'extraire tel qu'il est, au risque d'amener des déchirures des parties molles.

M. FORGET se range à l'avis de M. Perrin; il croit à l'utilité de l'éclatement préalable; car, si élastiques que l'on suppose les parties molles, il y a toujours danger de deshérences.

M. VERNEUIL. Mon intention avait été de faire éclater le calcul avant de l'extraire; mais quand j'ai vu que je pouvais le faire sortir sans exercer de violence, j'ai renoncé à l'éclatement.

M. TILLAUX. L'opération faite par M. Verneuil est la taille médio-bilatérale. Je ne sais si j'oserais pratiquer une incision verticale médiane sur le col de la vessie, en employant un lithotome, sur un adulte ou un enfant, car je craindrais de couper les canaux éjaculateurs. Quant au pansement, il me semblait que nous étions tous d'accord sur ce point, qu'il ne fallait pas laisser de sonde à demeure,

car, outre le danger d'irriter les parties, il me paraît inutile d'entretenir le passage de l'urine par la plaie. En faisant la taille médio-bilatérale chez un petit enfant de 27 mois, non-seulement je n'ai pas eu d'incontinence d'urine, mais après vingt-quatre heures, l'enfant accusait le besoin d'uriner, et la mixtion s'opérait par la verge.

M. GUYON. Un des reproches faits à la taille médiane, c'est d'exposer à la blessure des canaux éjaculatoires; c'est ce qui a engagé M. Buisson à pratiquer la taille para-raphéale, en faisant l'incision un peu à gauche. La plaie faite à la vessie par cette incision est beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire. Quant à la recommandation de faire éclater le calcul avant de l'extraire, je crois qu'il vaut mieux d'abord essayer de le retirer intact et de ne le briser que si l'on ne peut faire autrement, car on éprouve quelquefois beaucoup de difficultés à retirer les fragments.

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Perrin que l'incision de la prostate n'est pas le seul point de départ de la nomenclature des tailles, et je citerai comme exemple la taille prérectale.

Quant à la présence d'une sonde, je suis l'ennemi de l'introduction des corps étrangers dans les plaies récentes; mais ici, il me paraît important de se mettre à l'abri des infiltrations d'urine dans une plaie très-infractueuse. Je dois surtout faire remarquer qu'il ne s'agit pas ici de ces grosses canules droites qu'on employait jadis; ce que j'emploie, c'est un simple tube de caoutchouc, aussi flexible que possible.

M. TILLAUX croit que la sonde, au lieu de prévenir les infiltrations, peut les provoquer, lorsque, les yeux de l'instrument étant bouchés par du sang ou du mucus, l'urine coule le long de la sonde et non par le canal dont elle est percée.

M. GIRALDÈS. Quand l'incision est assez large, c'est-à-dire quand elle représente un triangle, dont le sommet est à la vessie et la base au périnée, la sonde est inutile. J'en suis aujourd'hui à ma 49e taille, et je n'ai jamais vu d'infiltration d'urine. Quant au retrait rapide de la vessie après la taille, on voit à peu près toujours, lorsque l'on a retiré un gros calcul et que l'on introduit le doigt, que l'ouverture de la vessie est beaucoup plus petite qu'on ne le croirait d'après le volume du calcul.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire;* — Le *Bulletin de thérapeutique;* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Le 6e fascicule, t. XXII, du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

Vice de conformation du voile du palais. — M. NOTTA (de Lisieux) adresse à la Société l'observation suivante :

Mlle P..., de Saint-Pair-du-Mont, près Lisieux, âgée de 11 ans, présente le défaut de conformation suivant : la voûte osseuse palatine manque complétement dans un espace triangulaire dont le sommet répond, sur la ligne médiane, à la moitié de l'espace qui sépare l'orifice du canal palatin antérieur de l'épine nasale postérieure, qui, par conséquent, n'existe pas, et la base à l'intervalle qui sépare les deux dernières grosses molaires. Tout cet intervalle est rempli par la fibro-muqueuse palatine, qui ne présente aucune solution de continuité et qui fait suite au voile du palais, dont l'intégrité est complète : seulement la luette, qui est assez courte, est bifide dans toute sa hauteur. Lorsqu'on explore la bouche de l'enfant, on constate parfaitement l'existence de cette brèche osseuse, dans l'intervalle de laquelle on voit flotter la membrane fibro-muqueuse palatine. Lorsque cette jeune fille parle, la voix est nasonnée et présente le timbre particulier aux individus qui ont une division du voile du palais, à tel point que ce caractère de la voix me frappa et me donna l'idée d'explorer le voile du palais, avec la pensée que j'allais le trouver divisé.

Pendant la première enfance, l'altération de la voix était telle, qu'il était difficile de comprendre ce que l'enfant disait. Aujourd'hui, la parole est très-intelligible, seulement le timbre de la voix est altéré, comme je l'ai dit précédemment.

Discours prononcé par M. Trélat aux funérailles de M. Guersant.

L'homme de bien que la mort vient de frapper, après une carrière longue et justement honorée, appartenait à la Société de chirurgie de

Paris depuis son origine. Jeune encore et déjà chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, qu'il ne devait plus quitter, il fit partie de cette petite pléiade d'hommes dévoués qui entreprirent, en 1843, de rendre une tribune à la chirurgie française, silencieuse depuis plus d'un demi-siècle. Ils étaient dix-sept alors, mais le temps est impitoyable dans sa marche, et déjà nous avons dû tresser des couronnes pour la moitié d'entre eux.

P. Guersant avait été l'artisan laborieux de la première heure, puis il avait vu notre Société grandir, et toujours il venait s'asseoir à son foyer, comme le fils affectueux revient au foyer maternel.

Il apportait sans cesse à nos séances le tribut de son active observation et de son expérience. Presque tous empruntés à la chirurgie infantile, à laquelle son nom semblait le vouer d'avance, les sujets dont il s'est occupé sont excessivement nombreux.

Les affections congénitales, les tumeurs blanches, le mal vertébral, la taille et la lithotricie chez les enfants, mais surtout l'opération du bec-de-lièvre, celle de la trachéotomie, ses indications et ses chances de succès, nous valurent des rapports importants et des communications réitérées. La pratique de l'hôpital s'éclairait ainsi par la discussion scientifique et bénéficiait de ce surcroît de lumières.

Aussi quand, il y a presque dix ans, Guersant dut obéir au règlement rigoureux, mais utile, qui mit une limite à l'exercice du corps médical des hôpitaux, il put utiliser ses loisirs et consigner les fruits de ses travaux dans une série de *Notices sur la chirurgie des enfants*, dont la collection forme un volume important.

Dès l'abord, la Société de chirurgie avait distingué le chirurgien habile, le collègue simple et de bons rapports, le travailleur actif et l'homme honorable. Neuf années après sa fondation, elle l'appelait à sa plus haute dignité et lui décernait son plus grand honneur. Paul Guersant fut président de la Société impériale de chirurgie de Paris pendant l'année 1852-53.

En descendant du fauteuil, il rentra, pour de longues années, dans les rangs des membres les plus assidus à nos séances. C'est seulement il y a cinq ans qu'il demanda l'honorariat, et cependant il nous restait fidèle. Avant nos vacances, il siégeait parmi nous; nous l'attendions au retour.

Ignorant sa maladie, la douloureuse nouvelle de sa fin nous a surpris au dernier moment. Nous n'avons pas voulu néanmoins que la Société de chirurgie restât muette sur la tombe encore ouverte d'un homme qui l'avait bien servie et qu'elle avait honoré en retour, et nous

sommes venus ici déposer nos derniers hommages et dire nos profonds regrets à tous ceux qui ont connu et aimé Paul Guersant.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le résultat de quelques observations prises dans mon service, et relatives à l'application de l'électricité au travail de l'accouchement, et surtout à la délivrance. Les observations qui accompagnent ce travail sont malheureusement peu nombreuses (je n'en ai pu recueillir que 12); aussi vous prierai-je de voir, dans cette communication peut-être prématurée, non pas un enthousiasme irréfléchi pour une méthode encore à l'essai, mais, au contraire, le désir de soumettre à l'expérience de mes collègues des faits dont l'étrangeté m'a frappé, afin d'être fixé sur leur valeur et sur l'opportunité de continuer l'expérimentation commencée.

Je dois l'avouer d'abord, c'est tout à fait fortuitement que j'ai été amené à essayer l'action des courants interrompus sur la marche du travail.

Chargé d'un article pour le nouveau Dictionnaire de médecine, article qui devait résumer l'état de nos connaissances en fait d'électricité chirurgicale et obstétricale, je me trouvai de suite fort à l'aise pour la première partie de la question. Mais quand il s'agit de la seconde, je fus fort embarrassé. Si l'on consulte, en effet, les traités d'accouchements que nous avons entre les mains, on voit bien que Kreiber et Kilian ont tenté l'emploi de l'électricité pour provoquer l'accouchement ; que M. P. Dubois a répété ces expériences sans le moindre succès. On trouve même dans le *Traité pratique des accouchements*, de Nægelé, publié cette année même, un résumé des travaux de Dorrington et de Hennig, ainsi que des expériences de Simpson; mais là encore, le but proposé est de provoquer l'accouchement, et le résultat est aussi peu satisfaisant que possible.

En présence de cette pénurie de documents, je résolus d'expérimenter par moi-même l'action de l'électricité sur le travail de l'accouchement. Je transportai au pavillon de Cochin un appareil de Rhumkorff, et je commençai une série d'essais, dont je vous donnerai bientôt le résultat.

Dès les premières expériences, je fus tellement frappé de l'action du courant et sur les contractions utérines et sur l'expulsion du placenta, que je croyais presque à la découverte de faits entièrement nouveaux, lorsque mon interne, M. Suchard, qui déjà avait eu

la complaisance de faire pour moi de vaines recherches, m'apporta les publications de Barnes et de Radfort, remontant en 1854 et traitant *in extenso* le sujet qui nous occupait.

Voici le résumé de ces intéressantes publications : Barnes emploie le galvanisme en haine du seigle ergoté, dont il proscrit l'emploi de la manière la plus absolue. Il conseille l'application de l'électricité à toutes les périodes du travail, et la recommande surtout dans l'inertie utérine.

Il blâme le procédé qui consiste à placer un des pôles, sur le col et l'autre dans la région lombaire. Il applique constamment les deux pôles sur les parties latérales de l'abdomen, et ne se sert que du courant interrompu.

Il ne se contente pas d'appliquer le galvanisme à l'accouchement à terme; il le conseille également pour provoquer l'accouchement; mais il fait observer que, dans ce cas, l'application doit être de très-longue durée.

Radfort va plus loin ; il se loue d'avoir appliqué l'électricité au traitement des hémorrhagies internes ou externes consécutives à l'accouchement.

Notons que Barnes et Radfort déclarent tous deux n'avoir jamais constaté d'accidents chez le fœtus, même après des électrisations prolongées.

Après avoir pris connaissance des faits que je viens de rapporter, je continuai mes essais, et voici quelles sont les conclusions que nous avons pu tirer de nos expériences :

1° En aucun cas nous n'avons pu faire naître des contractions utérines, alors qu'elles n'avaient pas encore spontanément paru ; ce qui, soit dit en passant, expliquerait assez bien le discrédit dans lequel est tombé le courant électrique dans l'accouchement provoqué.

2° Chaque fois que, le travail étant commencé, et les douleurs se succédant à un quart d'heure ou vingt minutes d'intervalle, nous avons appliqué les conducteurs sur les parties latérales de l'abdomen, nous avons constamment remarqué, et cela au bout d'un temps très-court (dix minutes environ), une accélération considérable dans les contractions utérines.

3° Nous avons également constaté que chaque contraction provoquée par l'électricité était beaucoup plus longue et beaucoup plus douloureuse que les autres.

4° La dilatation du col nous a paru marcher constamment avec rapidité, sous l'influence de l'excitation galvanique.

5° Dans tous les cas observés par nous jusqu'ici, et j'insiste spécialement sur ce fait, qui n'a point été signalé, même par Barnes et Radfort, l'expulsion du placenta a suivi immédiatement celle de l'enfant;

Soit qu'il ait été pour ainsi dire projeté spontanément en dehors de la vulve aussitôt après l'issue de l'enfant, soit qu'il ait été trouvé aussitôt après dans le vagin, et attiré au dehors sans la moindre traction.

6° Deux fois seulement, nous avons constaté sur l'enfant nouveau-né une coloration légèrement bleuâtre; encore sur ces deux cas, la cyanose pouvait-elle être attribuée une fois à un circulaire très-serré.

En résumé, sans partager l'enthousiasme excessif de Barnes pour l'application de l'électricité à l'accouchement à terme, nous croyons que cette méthode mérite d'être soumise à une longue et sévère expérimentation, et que si de nouvelles et nombreuses expériences viennent confirmer les résultats obtenus par les premiers, l'application du courant électrique à l'expulsion rapide du placenta pourra être considérée comme un progrès.

RAPPORT

Plaie de l'artère fessière. — M. DESPRÈS fait un rapport verbal sur une observation de plaie de l'artère fessière adressée, il y a quelques mois, par M. le docteur Dewalz. A la suite d'hémorrhagies graves et répétées, qu'on avait tenté d'arrêter par la compression et l'application immédiate de bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure, il s'était développé une violente inflammation, suivie de la formation d'un abcès. M. Dewalz, appelé par ses confrères, se disposa à faire la ligature du tronc de la fessière. Il ouvrit l'abcès par une large incision; mais, constatant que l'hémorrhagie s'était spontanément arrêtée, il ne crut pas devoir poursuivre plus loin son opération. Le malade guérit.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai eu à observer, il y a quelque temps, mais dans une autre région, un cas analogue. Un malade, à la suite d'un érysipèle et de la mortification d'une partie de la paroi latérale de la poitrine, au-dessus du sein gauche, vit se former à ce niveau une tumeur pulsatile, due probablement à la rupture d'une intercostale. Voulant couper court à l'hémorrhagie, je fis une grande incision, afin de lier l'artère ouverte; ne pouvant parvenir à saisir les bouts du vaisseau, je fis faire la compression au niveau du point

d'où provenait le sang, en y tenant appliqué constamment le doigt d'aides, qui presque tous étaient étrangers à la pratique médicale. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et la guérison fut complète.

M. LÉON LE FORT. L'arrêt à peu près spontané de l'hémorrhagie est interprété par M. Desprès comme une preuve de l'intégrité de l'artère fessière. D'après notre collègue, l'hémorrhagie aurait été produite par la lésion d'une branche de cette artère. L'observation n'autorise pas à se prononcer ni pour ni contre l'existence d'une blessure de l'artère elle-même. Si je me rappelle bien les faits, qui, du reste, ont été publiés dans une thèse inaugurale, on avait employé le perchlorure, et amené une vive inflammation, suivie de suppuration. J'ai dit, en parlant des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, que l'inflammation consécutive à une plaie voisine d'une artère anévrysmatique peut amener la guérison de l'anévrysme, et j'ai cité les faits de Peixoto et de Porter ; je crois qu'il peut en être de même d'une artère ouverte. Dans le cas de M. Dewalz, l'inflammation de cette vaste poche a pu amener l'oblitération de la fessière ouverte lors de la blessure.

M. DESPRÈS. Un cas cité par M. Dolbeau, dans son article *Aisselle* du *Dictionnaire encyclopédique*, montre qu'une grosse artère comme l'axillaire, rompue dans une tentative de réduction de luxation de l'épaule, ayant donné naissance à un anévrysme, suivi d'inflammation, de suppuration, de gangrène du sac, a pu s'oblitérer spontanément, car, lors de l'ouverture, il n'y eut aucune hémorrhagie, et le malade guérit.

M. GIRALDÈS. Dans l'observation telle qu'elle nous a été lue il y a quelques mois, on s'occupait beaucoup de la question de savoir s'il fallait chercher à lier les bouts de l'artère coupée, en les recherchant au fond de la plaie, ou s'il fallait recourir à la ligature de l'artère iliaque interne. Je regrette que le rapport verbal ne dise rien des préoccupations du chirurgien quant à la conduite à tenir dans le cas où l'hémorrhagie ne se serait pas spontanément arrêtée. Rien ne prouve, dans l'observation, que l'artère fessière elle-même ait été ou non ouverte. M. Desprès cite un cas d'oblitération spontanée de l'artère axillaire; le fait n'est pas aussi probant qu'on le croit. Quand on n'est pas témoin oculaire des faits, il faut une grande réserve, car on peut prendre comme hémorrhagie provenant d'une artère principale, celle qui est amenée par la blessure d'une branche peu volumineuse. Ainsi, il y a quelques années, notre collègue M. Boinet envoya à l'hôpital Saint-Louis, où j'étais alors, un malade qui venait de recevoir un coup de canif dans l'aisselle. Il s'était

formé une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, mais elle n'avait pas les caractères précis d'un anévrysme. Je devais attendre, j'attendis. L'inflammation s'empara de la tumeur; je l'ouvris largement, afin de lier les deux bouts de l'artère lésée, et je reconnus, pendant l'opération, que l'hémorrhagie, loin de venir de l'axillaire elle-même, provenait d'une branche de la scapulaire. Je la liai : le malade guérit.

M. DESPRÈS. Je ne suis pas entré dans mon rapport verbal dans tous les détails de l'observation. M. Dewalz n'a rien trouvé qu'un vaste foyer de suppuration, et il est difficile d'admettre que, si l'artère fessière elle-même eût été blessée, on n'eût pas trouvé en quelque point un caillot plus ou moins volumineux, qui eût indiqué l'endroit précis de la blessure de cette artère.

Opération de cataracte sur un âne.— M. HERVEZ DE CHÉGOIN. La Société de chirurgie ne s'occupe pas d'ordinaire de médecine vétérinaire; cependant, comme j'ai fait, il y a quelques jours, une opération qu'on ne pratique d'ordinaire que sur l'homme, je crois pouvoir vous la résumer.

Le patient était un ancien serviteur, vieux, bien qu'il ne soit âgé que de 21 ans; il est vrai qu'il s'agit d'un âne. Je voulus le débarrasser d'une cécité qui devait certainement lui être pénible, et je voulus pratiquer l'abaissement de sa cataracte.

Outre que nos élévateurs ordinaires ne pouvaient guère servir, il nous fallut en fabriquer un troisième tout spécial, pour retenir la membrane clignotante, qui nous créait un obstacle tout spécial. Le reste de l'opération fut fait comme à l'ordinaire; mais la mollesse du cristallin, la largeur de la pupille, firent qu'une partie de la cataracte passa dans la chambre antérieure; mais elle disparut plus tard par absorption. La guérison fut complète, et le patient put, sans le secours de verres biconvexes, dont l'usage dans ce cas eût été difficile, vaquer à son occupation principale, celle de chercher sa nourriture. Ce que j'ai noté de particulier dans ce cas, c'est l'écoulement d'une telle abondance de larmes au moment de l'opération, que plusieurs linges en furent complétement humectés.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Sud médical*;

— *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, par le docteur Bérenger-Féraud. In-8°, 1869

— M. LARREY offre à la Société le Discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Dupuytren, le 17 octobre 1869, a Pierre-Buffière.

COMMUNICATION

Opération du phimosis. — M. DUBOUÉ. Quelque précaution que l'on prenne pour exciser, du même coup, la peau et la muqueuse du prépuce, il arrive très-souvent que la section de la peau dépasse notablement les limites atteintes par la section de la muqueuse. Il s'agit donc de reprendre celle-ci en sous-œuvre, de l'exciser avec soin au niveau de la peau, pour pratiquer une circoncision convenable et obtenir une correspondance parfaite des deux lignes de section. Ce temps de l'opération n'est pas bien difficile; mais on serait certainement bien aise de pouvoir le supprimer pour soi, et surtout pour le patient. Voici quel est le procédé.

On commence par inciser longitudinalement le prépuce dans toute son épaisseur, depuis le limbe jusqu'à la couronne du gland. Cette incision, qui doit porter sur la face dorsale et sur la ligne médiane, peut être faite, d'après le procédé ordinaire, avec un bistouri droit et la boulette de cire classique, ou, mieux encore, avec une paire de ciseaux droits et mousses.

Cette première incision nous donne deux valves préputiales : l'une droite et l'autre gauche, dont l'écartement facile permet de voir à nu toute l'étendue de la face muqueuse. On saisit alors, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, l'une de ces valves, la droite par exemple, et on la saisit dans le voisinage de la plaie et du sillon balano-préputial, de façon à ce que la peau et la mu-

queuse reprennent leurs rapports naturels, ce que l'on voit très-bien par l'inspection des deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie.

Le côté droit du prépuce étant ainsi pincé avec deux doigts et tenu dans cette position fixe, on prend de l'autre main un fil ciré et assez gros, long de 40 ou 50 centimètres, et préalablement armé de trois aiguilles droites ou courbes. A l'aide d'une aiguille tenant à l'un des chefs du fil, on pique et l'on traverse le prépuce perpendiculairement à sa surface et de dedans en dehors, c'est-à-dire de la face muqueuse vers la face cutanée. La piqûre doit porter de 1 à 2 millimètres, en dehors ou au-dessous (la verge étant supposée tendue et en érection) du point où se termine l'incision, vers le voisinage de la couronne du gland. Avec l'aiguille tenant à l'autre chef, on traverse encore le prépuce, toujours de dedans en dehors et au niveau de la rainure du gland; mais cette fois la piqûre porte immédiatement sur le côté droit du frein. — On prend enfin la troisième aiguille, celle qui était au milieu du fil, et on traverse encore le prépuce de dedans en dehors, et toujours sur le même sillon balano-préputial. Cette troisième piqûre doit être faite à égale distance des deux autres, de façon à diviser la valve correspondante en deux segments égaux, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Aussitôt que la dernière aiguille a traversé le prépuce, on coupe l'anse de fil qu'elle entraîne, et l'on a [illegible] deux fils au lieu d'un, et ces deux fils forment deux courbes qui se regardent par leur convexité (1).

Cela fait, on tire légèrement un de ces fils par un des chefs, de manière à bien reconnaître l'autre chef. Ces deux chefs une fois bien reconnus, on ramène l'un du côté du pubis et l'autre du côté de l'extrémité antérieure de la verge, ou, l'une à droite et l'autre à gauche; puis on les confie à un aide qui tend le fil en tirant en sens inverse sur les deux bouts. On répète la même manœuvre pour le second fil, et l'on confie les deux nouveaux chefs au même aide, de telle sorte que ce dernier tire à la fois d'une main sur les deux chefs antérieurs, et de l'autre main sur les deux chefs postérieurs des deux fils.

(1) Pour plus de clarté, on n'a qu'à tracer, sur une feuille de papier, une circonférence qui représente une coupe en travers de la peau de la verge et à indiquer, d'après la description ci-dessus, le trajet suivi par ces deux fils. Je fais ici la même remarque que pour les descriptions qui vont suivre.

Si l'on a bien compris cette manœuvre, bien plus difficile à expliquer qu'à suivre, on voit : 1° que chaque fil figure une sorte d'*S* italique; 2° que, sur chaque fil, l'une des courbures de l'*S* est fixée par deux points, et l'autre courbure par un seul ; 3° que la réunion des deux fils figure une sorte de 8 de chiffre dans les boucles duquel se trouve emprisonnée la moitié de la base du prépuce.

Les deux fils étant ainsi tendus, le chirurgien tord assez fortement l'un sur l'autre les deux chefs correspondants, pendant que l'aide tord les deux autres chefs en sens inverse. On ferme ainsi véritablement les deux boucles du 8 de chiffre, et le prépuce se trouve étreint entre deux fils situés au même niveau, l'un sur la face cutanée et l'autre sur la face muqueuse.

L'aide tend ensuite, avec les deux mains, les extrémités des fils ainsi tordus, pendant que le chirurgien saisit et tend, avec les doigts de la main gauche, toute la valve préputiale et résèque toute la moitié du prépuce en se guidant constamment sur le fil, et en faisant partir la section à 2 millimètres environ au-dessus du fil lui-même.

Cette section peut être très-rapide et doit être faite avec des ciseaux droits. Si on avait quelques difficultés à bien engager le segment antérieur de la valve préputiale dans la boucle correspondante du 8 de chiffre, rien ne serait plus facile que d'y remédier. Il suffirait de pratiquer une petite encoche verticale sur la limbe du prépuce. Cette encoche, de quelques millimètres, serait faite avec des ciseaux mousses, en rasant le côté correspondant du frein. Dans l'opération que j'ai faite, je n'ai pas dû recourir à cette petite incision.

Comme le chirurgien ne voit que l'un des fils appliqués sur le prépuce, on pourrait craindre que le fil qu'il ne voit pas vînt à être coupé pendant que l'excision du prépuce est pratiquée. Mais comme ces fils, à la suite de la double torsion qu'ils ont subie, doivent être forcément au même niveau, on peut être sûr que si on respecte l'un des fils, on respectera l'autre tout aussi sûrement.

Tout ce que je viens de dire pour l'une des valves préputiales, pour la valve droite, s'applique exactement à la valve gauche. On répète donc, pour celle-ci, identiquement la même manœuvre. Je ferai observer seulement qu'il me paraît plus opportun de placer les fils des deux côtés, dans un premier temps de l'opération, puis de pratiquer la section des deux côtés, dans un second temps. Cette seconde partie de l'opération étant beaucoup plus douloureuse que la première, on pourrait, pour être sûr de la mieux

exécuter, soumettre au chloroforme les malades pusillanimes ou indociles. On pourrait encore, quoique je ne l'aie pas fait chez le malade que j'ai opéré, modifier légèrement le premier temps, et ne se servir que d'un seul fil, long de 90 centimètres à 1 mètre, et armé de cinq aiguilles. On ne ferait ainsi que cinq piqûres au lieu de six.

Reste enfin le mode de réunion, qu'on peut, une fois les fils déroulés, opérer de trois façons : 1° à la manière ordinaire, avec des serre-fines. 2° En divisant, une fois la section du prépuce terminée, chaque fil en deux moitiés. On aurait ainsi huit fils, dont deux deviennent inutiles, un de chaque côté de la verge. Il resterait donc à faire six points de suture à points séparés. C'est là le projet que j'avais conçu avant de faire l'opération. 3° En nouant *lâchement*, deux à deux et par un double nœud, les deux fils qui se correspondent dans le voisinage de chaque piqûre ou qui sortent par une même piqûre. Je dis qu'il faut les nouer *lâchement*, parce qu'il faut s'attendre à voir survenir plus ou moins de gonflement de la peau de la verge dans le voisinage de la section. On a de la sorte quatre nœuds que j'appellerai : l'un dorsal ; l'autre, nœud du frein, et les deux autres, latéral droit et latéral gauche. Ce dernier mode de réunion est celui que j'ai adopté, séance tenante, dans le cas que je vais relater succinctement.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée, il y a quelques jours à peine, et à laquelle je donnerais volontiers le nom de procédé du *fil conducteur*, si on me permettait de risquer ce mot.

Après les détails qui précèdent, il ne me reste plus qu'à mentionner, en quelques mots, l'observation récente que j'ai recueillie. C'est le 16 de ce mois d'octobre (1869) que j'ai opéré le nommé B..., soldat au 58ᵉ de ligne, âgé de 25 ans, et entré à l'hôpital de Pau huit jours auparavant, pour une petite fièvre éphémère sans importance. J'ai attendu, pour l'opérer, qu'il fût bien remis de cette légère affection, et c'est le 16 octobre que j'ai pratiqué l'opération avec l'aide de mon confrère, M. Coneylas, interne du service. Les longs développements que j'ai exposés un peu plus haut me dispensent d'entrer dans de nouveaux détails. Je me bornerai à dire que j'ai exécuté point par point, et sans la moindre difficulté, le manuel opératoire que je m'étais promis de suivre. Le résultat immédiat de l'opération a donné tout ce que j'en attendais, une plaie circulaire d'une régularité parfaite et intéressant partout au même niveau la muqueuse et la peau du prépuce.

Après avoir pratiqué les quatre doubles nœuds dont j'ai parlé et

leur avoir laissé une assez grande cavité, de manière à éviter et même à prévenir toute constriction, j'ai vu que les deux lignes sanglantes limitant la peau et la muqueuse préputiales avaient une tendance naturelle à se rapprocher. En certains points même, et surtout à la face dorsale, le rapprochement était parfait. Sur les côtés du frein, il y avait un écrasement variant suivant les points, de 2 à 4 millimètres. De petites compresses d'eau froide sont appliquées sur la plaie.

Le 17 octobre au matin, une réunion immédiate s'était opérée dans presque toute l'étendue de la circonférence supérieure; ce n'est que sur les côtés du frein qu'on voit un écartement variant de 2 à 5 centimètres. Seulement, le gonflement que j'avais prévu s'est produit sur toute la circonférence sectionnée. Ce gonflement a fait que le nœud latéral droit s'est enfoncé dans l'épaisseur du prépuce. Pour dégager ce nœud, je soulève, avec des ciseaux mousses et fermés, le fil intermédiaire à ce nœud latéral droit et au nœud dorsal, fil qui se trouve caché dans la rainure balano-préputiale. Puis, tirant légèment sur ce fil, je dégage, sans la moindre difficulté, le nœud enfoncé dans les chairs, et je sectionne le fil en deux points près du nœud dorsal et près du nœud du frein. Je laisse intacts les fils qui restent. Il en résulte que la suture persiste sur toute la demi-circonférence gauche du prépuce. Ce n'est que le lendemain, 18 octobre, en voyant la plaie aux trois quarts fermée, que j'enlève ces fils. Je sectionne d'abord les nœuds dorsal et du frein, puis je tire sur le nœud latéral gauche. — Pansement simple.

Le 19 octobre, dernier jour où j'ai vu notre opéré, la réunion s'est maintenue; il reste toujours le même écartement des lèvres de la plaie, de chaque côté du frein. Mais, sans nul doute, la cicatrisation de cette petite plaie n'aura pas mis plus de quelques jours à se compléter.

Tel est le procédé nouveau que je viens d'employer et auquel on pourrait recourir, même dans les cas où l'on aurait oublié sa trousse. Il me parait donc avoir le double avantage de n'exiger qu'un appareil instrumental des plus simples et de permettre d'exciser sûrement, et du même coup, la muqueuse et la peau du prépuce, au même niveau.

M. CHASSAIGNAC. La préoccupation de M. Duboué a été celle de beaucoup de chirurgiens : sectionner en même temps et au même niveau la peau et la muqueuse. Je crois avoir résolu la diffiulté par le procédé que je mets en usage. Il consiste à introduire, entre le prépuce et le gland, les deux branches d'une pince à pansement, à

dilater et à tendre le prépuce par l'écartement des mors de la pince. Cela fait, je passe une aiguille qui traverse le prépuce et maintient en rapport la muqueuse et la peau. Il ne reste plus qu'à sectionner rapidement les parties avec un bistouri pour terminer l'opération, qui, faite de cette manière, donne toujours un bon résultat.

M. BLOT. Le procédé de M. Chassaignac n'est pas toujours applicable, car, lorsque l'orifice préputial est trop étroit, il est impossible, surtout chez les enfants, d'introduire une pince à pansement, et même parfois une simple pince à disséquer.

M. CHASSAIGNAC. On peut presque toujours, même lorsque l'orifice est des plus étroits, introduire une sonde cannelée ; du reste, s'il en était besoin, on ferait une petite moucheture sur la partie rétrécie.

M. LÉON LE FORT. Les précautions prises dans l'opération du phymosis ont deux buts : couper la peau et la muqueuse là où on désire les sectionner et se mettre à l'abri du glissement des deux feuillets l'un contre l'autre; pratiquer la section de la muqueuse le plus près possible de la rainure glando-préputiale. Ce dernier point ne me préoccupe pas; je crois au contraire qu'il vaut mieux laisser un bourrelet de muqueuse qu'on rabat à la rencontre de la peau, et les parties s'adaptent si bien, que, dans un bon nombre des opérations de phymosis que j'ai eu l'occasion fréquente de faire à l'hôpital du Midi, j'ai pu souvent m'abstenir de tout moyen de réunion, suture et serre-fines, et j'ai obtenu des réunions par première intention.

M. TRÉLAT. Le procédé que j'emploie ressemble beaucoup à celui de M. Chassaignac. Je pratique sur le dos du prépuce une incision qui comprend la peau et la muqueuse, l'écartement des parties donne à l'incision la forme d'un V ; j'immobilise les lèvres de l'incision en passant deux fils à la base du V, et je pratique l'ablation, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Bien que ce procédé me donne d'excellents résultats, j'obtiens très-difficilement la réunion par première intention.

Dans beaucoup de circonstances, j'ai rencontré chez les enfants une disposition peu connue et sur laquelle je crois devoir appeler l'attention : ce sont des adhérences assez solides existant entre le gland et le prépuce. Presque toujours il est facile de les détruire avec une sonde cannelée ou la tête d'une longue épingle, mais la séparation amène assez souvent, même dans ces conditions, un petit suintement de sang qui indique que l'adhérence n'était pas due à un simple accolement. Il reste une surface avivée, ayant l'as-

pect d'une muqueuse dépouillée de son épithélium, et en effet, ce qui est existe, c'est une sorte de fusion de l'épithélium du gland avec celui du prépuce.

M. BLOT. Lorsque j'ai parlé de la difficulté d'introduire un instrument entre le prépuce et le gland et de la présence assez fréquente d'adhérences, j'avais en vue non des nouveau-nés, mais des enfants de 3, 4 et 5 ans.

Quant à la réunion par première intention après l'opération de phimosis, elle est obtenue assez souvent dans la circoncision hébraïque; elle n'est pas rare chez les enfants, et, si ce qu'a dit M. Le Fort me paraît exact pour eux, cela me paraît plus étonnant chez l'adulte. Il est nécessaire de faire une distinction, si l'on veut rester dans la parité des faits et des observations.

M. DEMARQUAY. Comme M. Chassaignac, je crois qu'il faut fixer et tendre le prépuce; pour cela, je me sers de deux pinces à torsion avec lesquelles je saisis le prépuce en deux points opposés. Cela fait, je passe deux fils qui traversent et fixent la peau et la muqueuse, je fais l'excision avec le bistouri, après quoi je fends ce qui reste de muqueuse jusqu'à la rainure glando-préputiale.

Si l'on veut obtenir la réunion par première intention, il faut arrêter avec soin tout écoulement de sang, et c'est ce que l'on obtient avec assez de difficulté pour rendre assez sûre la réunion primitive. Cet écoulement de sang peut même prendre les proportions d'une véritable hémorrhagie. Dans un cas que j'eus l'occasion d'observer à l'hôpital du Midi, une hémorrhagie fournie par une artériole du frein, par son abondance, mais aussi par sa longue durée, fut assez sérieuse pour me faire craindre la mort du malade, quand je fus appelé auprès de lui par le médecin interne de garde.

M. GIRALDÈS. Le fait signalé par M. Trélat s'observe fréquemment. On m'amène assez souvent des enfants atteints, disent les parents, d'un vice de conformation. Le prépuce, quoique assez large, ne peut être ramené complétement en arrière, et remplit à peu près les conditions de la capsule par rapport au gland de chêne. Si l'on complète la rétraction, il n'est pas rare de voir survenir un petit écoulement de sang, sans importance pratique, mais qui indique l'existence de véritables adhérences. On observe assez souvent, de même chez les petites-filles, de prétendues imperforations vulvaires, qui ne sont autre chose que de légères adhérences des petites lèvres entre elles, adhérences qu'on détruit de même assez facilement par décollement. Il faut, dans le phimosis, distinguer l'atrésie de l'orifice et celle du canal préputial: pour ma part, je ne

vois guère, même chez les enfants, de réunion par première intention, et si elles sont, comme le dit M. Blot, assez fréquentes après la circoncision, c'est sans doute que les rabbins opèrent sur des enfants ayant un prépuce normal.

M. SÉE. Les adhérences dont parle M. Trélat sont tellement fréquentes, que chez les israélites il est d'usage dans la circoncision de passer au préalable un stylet autour du gland, afin de s'assurer de l'absence d'adhérences. Quant au procédé mis en usage, non par des rabbins, mais par des opérateurs spéciaux, il est très-simple. Le prépuce, saisi de la main gauche, est tiré en avant et suffisamment tendu; cela fait, on applique une pince en avant du gland et on sépare le prépuce d'un coup de bistouri. Il reste un lambeau circulaire de la muqueuse préputiale; autrefois ce lambeau était saisi entre les deux pouces et les deux index, et déchiré; aujourd'hui on a renoncé à cette manœuvre, qui était parfois cause de mortification partielle, et l'on fait la section avec des ciseaux. Du reste, même dans la circoncision pratiquée par les opérateurs israélites, il y a parfois des accidents, surtout des hémorhagies; aussi beaucoup de familles tiennent à ce que leur médecin assiste à l'opération.

M. LÉON LE FORT. La fréquence des réunions par première intention et des réunions rapides, après l'opération du phimosis telle que je la pratique, semble étonner plusieurs de nos collègues. Il s'agit cependant d'adultes, et elle sera observée assez fréquemment, si, au lieu de chercher à exciser la muqueuse à sa base, on en conserve une partie qui, rabattue sur la peau, s'applique parfois si exactement, qu'il n'est pas besoin de sutures. Loin de faire la circoncision complète, je crois qu'il faut n'enlever que l'anneau ou le canal préputial rétréci.

M. PANAS. Pour employer le procédé de M. Duboué, il faut passer des aiguilles jusqu'à la base du prépuce : cela est difficile, car l'aiguille pique tantôt le gland, tantôt la muqueuse préputiale, et l'on n'arrive pas où l'on veut. J'ai essayé de coiffer la pointe de l'aiguille d'une petite boulette de cire, mais sans bon résultat; ce qui m'a amené à inventer la pince que j'ai présentée l'année dernière à la Société de chirurgie. L'un des mors de cette pince peut être glissé dans le canal du prépuce et est mené jusqu'à sa base; l'autre mors est garni d'une pointe qui traverse la muqueuse et la peau, et qui est serrée au moyen d'une vis de pression. La réunion par première intention est pour moi celle qui se fait dans les vingt-quatre heures, et qui après ce temps laisse une cicatrice linéaire,

parfaite et si mince, qu'on a peine à l'apercevoir ; pour l'obtenir, il faut un affrontement exact des parties, il faut qu'il n'y ait aucun œdème, car sans cela la cicatrice, qui semblait déjà obtenue, se désunit, et la plaie suppure.

Vidal de Cassis, avec les serre-fines, obtenait des réunions par première intention, mais il se servait de précautions sur lesquelles j'appelle souvent l'attention de mes élèves. Elles consistent à ne pas laisser les serre-fines en place au delà de quelques heures, et à les enlever au plus tard à cinq heures du soir, lorsque l'opération a été faite à six heures du matin. Sans cette précaution, la place de chaque serre-fine est marquée par une petite eschare ; or, lorsque le travail d'inflammation qui doit amener l'élimination survient, cette inflammation amène le décollement de la cicatrice.

Pour qu'il y ait réunion, il faut aussi que tout écoulement de sang soit arrêté, et surtout qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie ; ce qui a lieu lorsqu'on a sectionné près du filet une trop grande quantité de tissus. Après avoir décrit l'anatomie de la région et la disposition de l'artère du frein, M. Panas montre que l'hémorrhagie sera plus ou moins grande, selon qu'on aura sectionné une des branches ou le tronc de cette artère.

M. TRÉLAT. Une note que me fait passer M. Krishaber me fait savoir que le docteur Bokaï, chirurgien de l'hospice des Enfants à Pesth, a publié, en 1862, un mémoire basé sur des observations d'adhérences contre le prépuce et le gland chez les nouveau-nés ; mémoire qu'il avait prié M. Krishaber de traduire et de faire connaître en France.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Altération syphilitique des poumons sur un nouveau-né. — M. DEPAUL. La femme qui fait le sujet de cette observation est une domestique, nommée Armande V..., âgée de 28 ans. Entrée à l'hôpital le 18 octobre, à six heures du soir, elle a dit qu'elle était primipare, qu'elle n'avait eu aucune maladie pendant sa grossesse, et enfin qu'elle n'était enceinte que de huit mois. Son accouchement a eu lieu d'une manière naturelle le même jour, à huit heures et demie du soir, après avoir perdu prématurément les eaux de l'amnios et après avoir souffert pendant vingt-trois heures et demie. Son enfant, du sexe féminin, pesant 2,470 grammes seulement, est né dans un état de faiblesse très-marquée ; sa respiration était irrégulière, haletante, sa poitrine violacée ; il succomba le len-

demain 19 octobre, à sept heures du matin, après avoir vécu ainsi pendant dix heures et demie. Ce jour-là même, voulant me rendre compte de l'accouchement avant terme de la mère et de la mort de l'enfant, j'examinai soigneusement cette malade, et je trouvai des plaques muqueuses en grand nombre à la face interne des grandes lèvres, des papules de couleur cuivrée à la face palmaire des deux mains, de la rougeur au côté droit de la gorge, et enfin la pléiade ganglionnaire aux plis des aines. Je pus constater encore que les cheveux tombaient avec la plus grande facilité. Interrogée sur l'origine des lésions dont elle est affectée aux parties génitales et à la main, cette femme répond qu'il n'y a que trois ou quatre mois qu'elle s'est aperçue de quelque chose; qu'elle n'a jamais été malade auparavant, mais qu'elle est fort peu soigneuse de sa personne, et elle a fort bien pu ne pas voir l'accident primitif, qui doit remonter à une époque beaucoup plus reculée que celle dont elle parle. Au reste, les réponses embarrassées de cette femme ne permettent pas d'ajouter une confiance entière à ses déclarations.

A l'autopsie de l'enfant, on constate que la majeure partie des vésicules pulmonaires n'a pas été distendue par l'air; de plus, on rencontre dans le tissu du poumon un grand nombre de ces indurations de couleur jaune clair, grosses comme de petites noisettes, et que j'ai décrites pour la première fois dans un mémoire lu à l'Académie en 1851, et inséré dans ses mémoires (*Gazette des Hôpitaux*, 1853). A la coupe du foie, on trouve aussi un noyau de tissu hépatique induré, un peu plus jaune que le tissu ambiant. La peau, le thymus et les cavités du péricarde et du péritoine n'offrent du reste aucune lésion.

M. Cornil, qui a fait l'examen histologique du poumon, m'a remis la note suivante :

Les lobules indurés de ce poumon, examinés sur des sections minces après le durcissement dans l'alcool, montrent les particularités suivantes :

Les cloisons interalvéolaires sont extrêmement épaisses, et les alvéoles sont très-étroites.

Les cloisons sont composées par un tissu conjonctif embryonnaire, montrant des vaisseaux et de très-nombreux corpuscules embryonnaires. Elles sont tellement épaisses en certains points, que les cavités alvéolaires sont tout à fait effacées.

Les alvéoles pulmonaires, rétrécies, sont remplies de cellules épithéliales, de globules de pus, et de ces menus éléments ayant subi la dégénérescence graisseuse.

On n'a pas oublié les divergences considérables d'opinions qui existent sur le point de savoir si un enfant syphilitique présente des traces visibles de la maladie au moment de la naissance, ou si ces traces n'apparaissent que plus tard. M. Ricord, sous l'influence de ses théories sur l'évolution de la syphilis acquise, a soutenu qu'un enfant congénialement syphilitique ne présentait pas généralement à la naissance de traces de la maladie. Il y a fort longtemps que j'ai démontré que la syphilis congénitale se traduit, au contraire, au moment de la naissance, par de certaines lésions; que ce fait se rencontre 80 fois sur 100; mais que si ces lésions ont été méconnues, c'est qu'on ne savait pas les trouver.

Il y a 40 ans, lorsqu'on rencontrait, à l'autopsie d'un nouveau-né, des altérations pulmonaires semblables à celles que je soumets à la Société, on les regardait comme des tubercules, ou comme l'indice d'une pneumonie fatale, ou intra-utérine. Quant à moi, je n'ai jamais trouvé ces lésions que sur des enfants nés de mères syphilitiques, et j'ai montré leur véritable valeur dès 1837, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XII; tantôt elles siégent dans le poumon, d'autres fois dans le thymus, et M. Gubler les a constatées dans le foie.

Dans le fait dont je présente l'observation, comme dans beaucoup d'autres, les enfants meurent, faute que l'air ne peut pénétrer dans leurs poumons par suite de la présence de ces altérations spécifiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine :

PRIX LABORIE

La Société a reçu, pour le concours de cette année, cinq mémoires. Quatre sont accompagnés de plis cachetés renfermant les noms

des candidats; le cinquième mémoire est signé du nom de son auteur. La Société décide qu'à l'avenir, chaque manuscrit devra lui être adressé sous les formes académiques, c'est-à-dire non signé, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom du candidat.

La Société croit devoir rappeler les dispositions suivantes :

Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année, dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire, pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine français et étrangers sont admis à prendre part au concours.

Les mémoires écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, nº 3, à Paris, avant le 1er novembre de chaque année.

Le sujet pour les concours se terminant au 1er novembre des années 1870, 71, 72, 73, 74, est laissé au choix des candidats.

COMMUNICATION

M. LEGOUEST. J'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie de quelques opérations de polypes naso-pharyngiens, et je lui demande aujourd'hui la permission de lui en rapporter une nouvelle. A l'heure qu'il est, les chirurgiens considèrent les polypes de la base du crâne comme des polypes fibreux exclusivement : je ne crois pas me tromper en disant que c'est là l'opinion la plus répandue depuis quinze ou vingt ans, c'est-à-dire depuis les travaux de M. Nélaton et de ses élèves sur ce sujet, notamment depuis les recherches de M. Lorrain sur la nature de la membrane qui tapisse l'apophyse basilaire de l'occipital. Vraie d'une manière générale, cette opinion ne doit pas être absolue : j'ai rencontré, en effet, il y a quelques jours, un polype de l'apophyse basilaire qui me paraît être un polype muqueux, et que je présente à mes collègues, en les priant de vouloir bien nous dire s'ils ont observé des faits analogues.

J'ai enlevé le polype chez un artilleur de 23 ans, qui m'avait été adressé de l'hôpital de Vincennes par un de mes confrères de l'armée, M. le docteur Boulongne ; il empêchait l'air de passer par la narine droite, laissait la narine gauche à peu près libre ; il apparaissait derrière le voile du palais, à droite de la luette, sous la forme d'une tumeur d'un rouge foncé, grosse comme l'extrémité du pouce, et dépassant le voile de 2 millimètres environ. Le doigt, porté dans le pharynx, constatait que la tumeur était dure, très-mobile, globulaire et du volume d'un petit œuf de poule, insérée sur la partie antérieure de l'apophyse basilaire par un pédicule large de 2 centimètres, et dirigé de bas en haut et de droite à gauche. Deux digitations, grosses comme une féve, étaient attachées au même pédicule, à gauche, en haut et en avant du lobe principal de la tumeur, que le doigt pouvait contourner, et qui ne pénétrait pas dans les narines postérieures, mais s'appliquait simplement sur celle du côté droit.

L'ablation fut faite par la ligature extemporanée, pratiquée avec un fort cordonnet de soie et un serre-nœud à vis passé par la narine droite. Je ne dirai rien de plus de l'opération, sinon que je mis environ vingt minutes à sectionner le pédicule, et que le patient perdit à peine quelques gouttes de sang, qui strièrent des crachats. Aujourd'hui l'opéré est dans l'état le plus satisfaisant ; en relevant le voile du palais avec le manche d'une cuiller pour découvrir la surface basilaire, on n'aperçoit aucun vestige de l'implantation du polype.

L'examen extérieur de ce dernier n'apprend rien de plus que ce que l'exploration sur place avait révélé ; il est gros comme un petit œuf de poule, et ressemble assez bien pour sa forme et ses appendices à un cœur de volaille : sa surface est lisse et blanchâtre dans la portion qui était cachée à la partie supérieure du pharynx, un peu chagrinée et d'un rouge foncé dans la portion qui dépassait le voile du palais ; son pédicule est large de 2 centimères et épais de moins de 1 centimètre. Le lobe principal, ferme et dur au toucher, présente, à la coupe, une enveloppe fibrineuse très-dense, d'un blanc nacré et d'une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres, limitant un tissu aréolaire et rosé comme celui des polypes muqueux ; les deux petits lobes offrent une structure analogue : quelques foyers apoplectiques, du volume d'un grain de millet et paraissant résulter de l'étranglement du pédicule de la tumeur par la ligature, se rencontrent immédiatement au-dessous de l'enveloppe fibreuse. Ce polype est évidemment fibro-muqueux, et cependant il s'est développé sur la surface basilaire, généralement considérée, ainsi que je le disais

tout à l'heure, comme ne donnant naissance qu'à des polypes fibreux.

Je pense bien que personne n'aurait eu l'idée de recourir, pour enlever cette tumeur, à l'une de ces opérations qui, en même temps qu'elles ouvrent une large voie aux manœuvres opératoires, laissent presque toujours après elles des mutilations plus ou moins graves, dont, à plusieurs reprises, je me suis montré peu partisan, et sur l'opportunité desquelles je ne veux pas revenir. Mon seul but, aujourd'hui, est d'appeler l'attention sur le développement à la base du crâne de polypes autres que les polypes fibreux, et sur la possibilité d'enlever ces polypes par une opération très-simple. Lorsqu'ils sont fibro-muqueux et de consistance dure, comme celui-ci, le diagnostic de leur nature doit présenter quelques difficultés : je me suis fondé pour l'établir sur l'absence d'hémorrhagies, si fréquentes dans la simple exploration des polypes fibreux de cette région, sur la régularité de forme et la multiplicité des lobes de la tumeur, et sur le peu de volume de son pédicule, lui laissant une grande mobilité ; mais je serais heureux que mes honorables collègues, répondant à mon appel, voulussent bien compléter mes observations par leurs observations personnelles.

M. HOUEL. Il y a deux mois, j'ai eu l'occasion de faire un rapport sur une observation de polype pharingien, adressée par M. Achille Bonnes. Le polype était regardé comme fibreux ; j'émis cependant quelques doutes sur sa nature, car je le considérais plutôt comme fibreux-muqueux ou mixte. M. Bonnes, que j'ai eu l'occasion de voir depuis, a confirmé mon appréciation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Varices lymphatiques du réseau superficiel du dos de la verge et du scrotum, suite de contusion. — M. TRÉLAT présente un *fac-simile* de cette affection rare, admirablement exécuté par M. Baretta, mouleur des hôpitaux.

L'aspect de la lésion est très-caractéristique, et lorsqu'on l'a constaté une fois, le diagnostic devient facile pour les cas semblables. C'est pour ce motif que M. Trélat a tenu à mettre cette pièce sous les yeux de ses collègues. Dès le début, il avait reconnu la nature de la maladie ; mais ce diagnostic fut accueilli avec surprise et incrédulité par les assistants, jusqu'au moment où il fut bien constaté que chaque vésicule, légèrement ponctionnée, fournissait une grosse goutte d'un liquide limpide et coagulable, que le microscope prouva

chaque fois être de la lymphe. Ces vésicules, qui offrent une analogie éloignée avec celle de l'herpès, en diffèrent par leur indolence absolue et par leur mode de guérison : elles s'effacent sans laisser aucune trace. Ce n'est pas une guérison, c'est une disparition.

Bien que cette affection consiste en varices du réseau lymphatique, elle contient des différences, qu'il convient de rappeler, avec les varices des gros troncs et des ganglions lymphatiques, dont plusieurs exemples remarquables ont été présentés à la Société. La chronicité et la haute gravité de ces dernières n'ont rien de commun avec la bénignité relative des varices superficielles.

Voici l'observation du malade, recueillie par M. Lucas-Championnière, interne du service de M. Trélat :

M. P..., 26 ans, maçon, né dans la Creuse, habitant Paris depuis dix ans ; entré le lundi 4 octobre, sorti le 26 octobre; salle Saint-Gabriel, n° 20, à la Pitié.

Cet homme était entré à l'hôpital pour un gonflement de la verge datant de huit jours. Le dimanche 1er octobre il avait été poussé vivement contre le coin d'une table de bois, qui avait heurté la verge à sa base et à sa partie supérieure droite. Une douleur vive suivit le coup; le gonflement de la verge survint dans la nuit, et le malade dit avoir eu de la fièvre et s'être mis au lit les jours suivants. Huit jours après, il se présentait à la Pitié.

La verge était volumineuse, œdématiée; le gland était complétement caché, il n'y avait aucun écoulement urétral. L'œdème était dur, d'un rouge vif, surtout au niveau du prépuce. Peu de douleur à la pression, sauf au point qui avait reçu le coup, et qui présentait une tuméfaction saillante sur le reste de l'organe.

A la base de la verge, l'œdème s'étendait un peu vers les bourses, et se prononça les jours suivants.

Sur le dos de la verge et vers le milieu, dès le premier jour, on pouvait voir une élevure roide, rosée, papuleuse, demi-transparente, et dès le lendemain, une autre élevure se montra tout auprès. Une piqûre d'épingle faite sur cette élevure amena l'écoulement d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre. En pesant sur le prépuce, on faisait poindre le liquide avec plus d'abondance. A l'examen microscopique, on y trouva des globules blancs en abondance et de la graisse suspendue. Les jours suivants, le même examen, répété sur d'autres pustules, montra des leucocytes très-nombreux et moins de matières grasses.

Il n'y avait toujours pas d'écoulement urétral; à la longue seulement, vers l'époque de la sortie du malade, il existait une bala-

nite peu intense, résultant de la tension et du contact prolongé des muqueuses œdématiées.

Après huit jours de séjour, toute la face antérieure du scrotum était envahie, la rougeur en était presque livide; des élevures très-nombreuses s'étaient formées; en pressant avec la main sur la peau du scrotum, les élevures se prononçaient davantage, et d'autres plus petites, invisibles jusque-là, devenaient perceptibles en grand nombre; il semblait qu'on les eût injectées avec un liquide. En les piquant avec une épingle, on donnait issue au même liquide que pour les élevures de la verge.

Cette expérience a été répétée nombre de fois et a toujours donné le même résultat.

Pas de ganglions volumineux dans les aines. La maladie était exactement limitée à la verge et à la partie antérieure du scrotum. On n'apercevait nulle part de traînées rouges.

Sous l'influence de bains amidonnés, pris tous les jours, et de la compression exercée fréquemment par le malade avec sa main (tous les autres procédés ayant échoué), l'œdème diminua, d'abord au scrotum; les élevures s'affaissèrent, et lorsque le malade sortit, le 26 octobre, l'œdème était limité à la verge, beaucoup diminuée; il n'y avait presque plus d'élevures, et la rougeur était atténuée.

Ce malade, d'une très-bonne santé habituelle et très-vigoureux, n'avait jamais rien eu de semblable; une fois, à la suite d'un coup sur le scrotum, il avait eu une ecchymose, mais pas de lymphangite.

Il avait toujours exercé le métier de maçon, n'avait jamais quitté la France, et habitait Paris depuis dix ans. Il avait eu une blennorrhagie il y a quatre mois, bien guérie aujourd'hui.

La pièce a été faite par M. Baretta au commencement du déclin de la maladie, avec un peu moins d'œdème, de rougeur qu'il n'y en avait eu.

Commission du prix Laborie.

Sont élus membres de la commission pour le concours de 1869 :

MM. Legouest,
Chassaignac,
Giraldès,
Dolbeau,
Liégeois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

ÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Montpellier médical*.

— *Tétanos clonique*, par le docteur Jouon, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Deux cas d'ovariotomie suivis de succès*, par le docteur Letenneur, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Transactions of the Clinical Society of London*. T. II.

— Lettre de remercîments de M. le secrétaire du Collége des chirurgiens de Londres pour l'envoi du dernier fascicule des Mémoires de la société.

— M. le docteur Chairon, médecin de l'asile du Vésinet, adresse un mémoire intitulé : *Étude clinique sur le traitement des tumeurs sous-cutanées et sur l'emploi de la pâte sulfo-safranée*. Renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Tillaux et Le Fort.

— M. le docteur Faliu adresse à la Société une lettre dans laquelle il exprime l'opinion que la déformation crânienne, récemment décrite par M. Guéniot, serait plutôt congénitale que due à une pression prolongée comme le pense M. Guéniot.

M. Louis Thomas (de Tours) adresse l'observation suivante :

Luxation de l'avant-bras en dedans. — Le nommé G... (Jules), soldat au 2e régiment de ligne, âgé de 21 ans, admis à l'hôpital de Tours le 20 octobre 1869, me raconte que le 24 juin dernier, étant assis dans une charrette, un choc le projeta violemment sur le sol. Il tomba sur le côté gauche du corps. Cette chute détermina, outre plusieurs lésions insignifiantes, un gonflement considérable du coude gauche et l'abolition complète des mouvements de l'avant-bras. Un médecin, mandé quelques heures après l'accident, crut avoir affaire à une fracture et appliqua un appareil. Quinze jours après, le gonflement ayant disparu, il reconnut qu'il avait commis

une erreur et qu'il existait une luxation, mais il la jugea trop ancienne pour en tenter la réduction.

A l'examen de la région, je constate, à première vue, une déformation très-prononcée. L'avant-bras, en supination, forme avec le bras un angle rentrant en dedans au lieu de l'angle saillant que forme, à l'état normal, l'épitrochlée. En dehors, existe une disposition inverse, c'est-à-dire un angle saillant au niveau de l'épicondyle. En avant, le biceps se dessine sur le côté interne du bras. En arrière, sur la ligne médiane, au niveau du siége habituel de l'olécrane, existe une dépression très-accusée.

Par le toucher, on s'assure que la saillie qui existe sur le côté externe du coude est formée par l'épicondyle et le condyle, au-dessous desquels une dépression très-prononcée, surtout en arrière, indique l'abandon, par le radius, de ses rapports normaux. En dedans du biceps, une légère saillie est reconnue pour être l'épitrochlée. En arrière, sur la ligne médiane, le doigt pénètre dans la cavité olécranienne. Le tendon du triceps se dessinant sous la peau est dirigé obliquement en dedans, conduit sur l'olécrâne, reconnaissable encore à cette particularité qu'il décrit des arcs de cercle dans les mouvements de flexion et d'extension qu'on imprime à l'avant-bras. Peu saillant en arrière, l'olécrâne déborde légèrement en dedans l'épitrochlée, au-dessous de laquelle on reconnaît la présence de l'apophyse coronoïde. L'épitrochlée se trouve donc embrassée par le sinus sygmoïdien, et c'est autour de cette saillie jouant le rôle de la trochlée que s'exécutent les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. En dehors de l'olécrâne, on sent distinctement la trochlée et principalement son bord interne ; puis, au-dessous d'elle, une saillie arrondie à laquelle se transmettent les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras. On reconnaît ainsi que cette saillie est formée par la tête du radius dont le rebord de la capule déborde légèrement la trochlée en arrière. La lésion que présente le malade est donc une luxation incomplète en dedans de l'avant-bras, appartenant à la variété radio-postérieure, admise par M. Denucé.

Les mouvements de pronation, de supination et d'extension s'exécutent complétement. Seule la flexion est limitée ; ainsi elle ne dépasse guère l'angle droit que de quelques degrés, assez cependant pour porter la main à la bouche. Tous ces mouvements, qui s'accompagnent parfois de craquements, s'accomplissent avec assez de force, et G... se sert de son membre presque aussi facilement que de celui du côté opposé. Il est néanmoins possible d'impri-

mer à l'avant-bras de légers mouvements de latéralité. Ce défaut de solidité me semble dû à ce que l'épitrochlée ne peut, comme la trochlée, remplir exactement le sinus sygmoïdien. Malgré cela, l'état du membre est si satisfaisant que je ne crois pas devoir tenter, quatre mois après l'accident, une réduction à coup sûr difficile et peut-être même impossible. Le blessé eût du reste sans doute repoussé toute tentative de réduction.

Quelque incomplet qu'il soit, ce fait, qui, par sa rareté, mérite déjà d'être signalé, présente une certaine importance. Il montre en effet que les luxations de l'avant-bras en dedans peuvent être abandonnées à elles-mêmes sans grand préjudice pour le blessé. Les fonctions du membre peuvent se rétablir rapidement et presque complétement. Bien plus, je suis porté à croire que, chez mon malade, la nouvelle articulation acquerra plus tard la solidité qui lui fait actuellement défaut, la cavité sygmoïde venant à se rétrécir et par suite à embrasser plus étroitement l'épitrochlée.

Adénome de la région parotidienne. Ablation. Récidive locale. Généralisation probable. Mort. — (M. Ancelet, de Vally-sur-Aisne.) — Il s'agit d'une dame de 56 ans portant une tumeur de la région parotidienne qui fut enlevée par M. Ancelet, et dont les caractères parurent à M. Lancereaux, d'après l'examen microscopique, être ceux d'un adénome parotidien. M. Broca, en raison de l'altération des tissus qui lui furent envoyés, resta dans le doute sur la nature histologique de la tumeur. Un an après, une nouvelle tumeur parut dans la même région, accompagnée de paralysie du moteur oculaire commun, d'anesthésie du côté correspondant de la face, plus tard d'hémiplégie faciale. La malade mourut trois ans après l'apparition de la première tumeur, sept mois après la récidive.

Rétrécissement considérable du bassin par ostéomalacie après deux accouchements normaux. — Embryotomie. (M. Piachaud, de Genève.) — Une femme, mariée à 27 ans, après deux accouchements normaux et un troisième assez difficile, vit, pendant une quatrième grossesse, survenir des douleurs qu'on prit pour rhumatismales, mais qui n'étaient que le symptôme d'une ostéomalacie. Au moment de l'accouchement, on constata dans le bassin la présence d'une tumeur saillante, arrondie, formée par l'angle sacro-vertébral, poussé en bas et en avant. En même temps, les branches ischio-pubiennes s'étaient rapprochées. Le diamètre sacro-pubien était réduit à 6 ou 7 centimètres. Bien que l'enfant fût vivant, on fit la crâniotomie. La mère guérit sans accident.

Statistique des opérations.

M. le docteur Taillard, de Maiche (Doubs), pratique rurale, 1865-1868.

Amputation du bras, deux guérisons.

Amputation du 5e métatarsien, mort d'infection purulente.

Castration, une guérison.

RAPPORT

M. FORGET. Certains états pathologiques, caractérisés par l'apparition instantanée et le développement rapide de tumeurs qui envahissent en quelques instants la plus grande partie du plancher de la bouche, constituent un accident qui ne manque pas d'une certaine gravité; c'est ce que démontre le fait suivant, que M. Bouchard, interne de l'hôpital Necker, vous a communiqué dans le courant de l'année dernière, et dont je suis appelé à vous entretenir aujourd'hui, à titre de rapporteur.

Observation sur un cas de grenouillette aiguë. — Le 15 mai 1868, M. Bouchard, de service à la salle de garde, est appelé en toute hâte dans le voisinage de l'hôpital Necker, auprès d'une femme qui depuis quelques instants était en proie à une asphyxie imminente.

Enceinte de huit mois, cette femme était étendue sur un fauteuil, la tête fortement renversée en arrière, le visage injecté, les yeux larmoyants; la dyspnée était excessive, et la respiration très-bruyante.

Les deux côtés de la région sus-hyoïdienne sont fortement distendus; la bouche, entr'ouverte, laisse apercevoir une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qui refoulait la langue en arrière et en haut vers la voûte palatine, en s'inclinant à droite, de sorte que la cavité buccale se trouvait entièrement remplie, et ne permettait à l'air de passer que par un petit espace situé à gauche. Cette tumeur avait une couleur livide et offrait l'aspect d'un épanchement sanguin sous-muqueux; il est dit, en outre, dans l'observation, qu'il existait une salivation abondante.

En interrogeant les antécédents, M. Bouchard apprit du mari de la malade (ayant elle-même la parole trop embarrassée pour s'expliquer) qu'une demi-heure environ avant l'apparition des accidents, en buvant un verre de vin, elle avait senti se former subitement dans sa bouche une tumeur qui prit un volume considérable en

quelques instants; qu'antérieurement, toutefois, sa femme avait eu dans le même endroit une grosseur du volume d'une petite noisette, qui quelques mois auparavant avait été ouverte et avait donné issue à un liquide analogue à du blanc d'œuf.

La première question qu'eut à résoudre l'auteur de cette observation, fut celle du diagnostic de la tumeur. Quelle était son origine? quelle était la composition du liquide qu'elle renfermait? car c'était bien une tumeur formée par l'accumulation d'un liquide; la fluctuation ne laissait à cet égard aucun doute.

« Je trouvai, dit M. Bouchard, cette tumeur fluctuante; or, son développement si rapide et la coloration quelle présentait sous la muqueuse buccale me firent immédiatement penser à un épanchement sanguin, opinion que partagea mon collègue M. Alling, à qui je demandai avis... »

Ce diagnostic porté, ces deux messieurs jugèrent le cas assez sérieux pour proposer à la malade d'entrer immédiatement à l'hôpital Necker, ce quelle accepta, et pour mander aussitôt le chef du service, M. Guyon, dont l'intervention leur parut nécessaire.

Sur ces entrefaites, le médecin ordinaire de la malade, mandé depuis une demi-heure, arriva, et sans plus tarder, après examen de la tumeur, il en excisa une partie, et fraya ainsi une ouverture par laquelle s'écoula une quantité considérable de liquide analogue à du blanc d'œuf, sans mélange de sang, si ce n'est celui fourni par la plaie.

« Je n'étais pas présent à l'opération, dit M. Bouchard, le médecin étant survenu à mon insu; et quand je revis la malade, après ma première visite, la tumeur avait été complétement vidée au moyen d'une perte de substance faite avec des ciseaux sur le plancher buccal; le liquide albumineux qui en sortit nous apprit que nous avions évidemment affaire à une *grenouillette aiguë*... »

Ici, messieurs, j'ouvre une parenthèse et m'y enferme un instant, afin de rechercher la cause d'une erreur qui a induit le diagnostic en une fausse voie. La découvrir et la mettre en relief, c'est, ce me semble, fixer sur elle l'attention du praticien et le prémunir, le cas échéant, contre une semblable méprise.

Or, c'est pour avoir négligé un précepte essentiel et fondamental en saine clinique, qui prescrit, dans l'étude des productions accidentelles ou *népolasia* morbides d'une région quelconque de l'or-

ganisme, de considérer d'abord la diversité des éléments anatomiques qui la constituent, d'apprécier avec soin les aptitudes fonctionnelles de ceux-ci, la prédominance relative des uns ou des autres, au double point de vue du développement et du dynamisme vital : toutes conditions qui peuvent servir à déterminer la nature du fait pathologique, à éclairer son origine, et à rendre raison de son développement. C'est, disons-nous, pour avoir négligé cette enquête que l'auteur a fait fausse route.

Dans l'espèce, en effet, en prenant en considération les appareils de sécrétion dont la région sublinguale est si abondamment pourvue, la multiplicité des glandes salivaires, dont l'activité fonctionnelle y est incessamment en jeu, et enfin le nombre considérable de conduits excréteurs qui sillonnent en sens divers le plancher de la bouche, il n'est pas douteux que l'auteur n'eût été conduit à se demander s'il n'était pas plus rationnel de placer le point de départ de la néoplasie morbide dans une lésion de canalisation de l'appareil sécrétoire, ayant eu pour résultat immédiat la rétention du liquide sécrété à l'intérieur des voies naturelles ou en dehors d'elles par suite d'une sorte d'infiltration dans le tissu sous-muqueux, que d'admettre, pour expliquer son développement rapide et instantané, un épanchement de sang dont l'abondance supposait une rupture d'un vaisseau d'une certaine importance, qu'aucune altération anatomique antérieure n'autorisait d'ailleurs à admettre.

Mais il y avait bien un précédent morbide, qui, pour le genre d'opération qu'il avait exigé, ne laissait aucun doute sur son siége et sur sa nature, et établissait une filiation évidente et directe entre lui et la néoplasie actuelle ; eh bien, chose singulière, qui prouve tout l'empire d'une préoccupation, même sur de bons esprits, et fait voir à quel point d'aveuglement on peut être conduit par une idée préconçue, ce précédent, qui était une indication lumineuse pour le diagnostic de la tumeur actuellement existante, resta oublié et comme non avenu pour l'observateur, qui, dans son appréciation clinique, n'en a tenu aucun compte. Quoi qu'il en soit, le fait que vous a communiqué M. Bouchard est digne de fixer votre attention. C'est un exemple rare d'une variété de grenouillette dont l'existence a été contestée et dont l'origine et le mode de formation, pour ceux qui l'admettent, ont été l'objet de nombreuses controverses.

Un cas analogue est cité dans le travail de M. Bouchard ; il le doit à son collègue d'internat, M. Mahot, qui l'a observé à l'hôpital de Nantes sur un homme dont le plancher de la bouche, pendant qu'il mangeait, devint subitement le siége d'un gonflement telle-

ment considérable que les mouvements de la langue devenaient impossibles.

Cet individu vint, tout effrayé, consulter un chirurgien de l'hôpital, qui constata de chaque côté du frein une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'apparence bleuâtre et transparente. Il pratiqua une incision qui donna issue à un liquide semblable à du blanc d'œuf.

La tuméfaction se reproduisit peu après et exigea une nouvelle opération qui, cette fois, fut suivie d'une injection iodée.

Puisque l'occasion m'en est fournie, j'ajouterai à ces deux faits une observation qui m'est propre. C'est celle d'une dame âgée d'une quarantaine d'années, qui me fit appeler en toute hâte, au milieu de son repas, fort effrayée d'un gonflement considérable survenu tout à coup, et ayant des proportions telles qu'elle ne pouvait plus avaler et que la respiration était gênée.

L'examen de la bouche me fit voir un soulèvement en masse du plancher buccal, mais plus particulièrement accentué à gauche, où il se prolongeait dans toute l'étendue du sillon linguo-maxillaire jusqu'à l'origine du pilier du voile du palais. La tumeur qui en résultait offrait, en avant, sur le côté du frein, un renflement notable, et se continuait dans la direction que je viens d'indiquer, sous la forme d'un doigt de gant fortement distendu.

Une ponction, suivie d'une légère incision, livra passage à un liquide albuminoïde assez consistant. La détuméfaction des parties, qui en fut la conséquence, fit cesser la douleur et rendit à la langue la liberté de ses mouvements. La malade, pouvant alors parler, m'apprit que déjà elle avait, trois fois depuis six mois, éprouvé, toujours en mangeant, un accident analogue, mais beaucoup moins prononcé. La mastication devenait douloureuse ; un gonflement notable se manifestait. Elle suspendait alors son repas, et quelques instants après elle se trouvait débarrassée de la douleur, qui n'était que momentanée. Toutefois elle conservait, dans la région géniolinguale, un peu plus en arrière, un gonflement persistant à un degré notable, comme j'ai pu m'en convaincre par la snite.

En effet, m'étant borné à ne faire qu'une simple ouverture évacuative à la tumeur, celle-ci ne tarda pas à croître de nouveau, si bien que quelques jours ne s'étaient pas écoulés que, m'étant trouvé chez cette dame à l'heure de son repas, je vis se reproduire en partie les accidents auxquels j'avais été appelé déjà à remédier.

Je n'eus plus aucun doute sur le siége et la nature de l'affection,

qne je qualifiai de grenouillette diffuse, la rattachant à une extasie primitive des conduits salivaires, qui, suivant moi, en était le point original.

Quant au traitement auquel j'eus recours, de palliatif qu'il avait été une première fois, je le rendis radical en associant à une incision étendue de la paroi du kyste la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent pratiquée à plusieurs reprises.

Dans l'observation communiquée par M. Bouchard, comme dans celle de son collègue, M. Mahot, il est bon de noter que c'est la teinture d'iode qui fut employée avec succès comme agent thérapeutique.

Ici, messieurs, se termine ma tâche de rapporteur. Je vous ai exposé le côté pratique d'une observation qui, sous le rapport du diagnostic, renferme un *desideratum* qu'il était du devoir de la critique de faire ressortir dans un but d'enseignement utile, et qui ne peut, en quoi que ce soit, diminuer à nos yeux le mérite scientifique de l'auteur, qui compte à juste titre au nombre des membres distingués de l'internat, auquel je vous propose d'adresser des remercîments pour son intéressante communication.

Maintenant, messieurs, un dernier mot sur l'histologie de ces tumeurs sublinguales me semble être ici à sa place.

A deux reprises déjà, la Société de chirurgie a eu à traiter cette question de genèse morbide, une première fois en 1849, à la suite du rapport de M. Danyau sur mon mémoire ayant trait *à la nature, à l'origine et au siége de la grenouillette* (1), et une seconde fois en 1853, à propos de celui que je fis moi-même sur le travail de notre regretté collègue Jarjavay, qui a pour titre : *De la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale* (2).

Partisan de l'opinion qui prétend que plus une région est pourvue de glandes et de conduits excréteurs, plus les kystes s'y observent fréquemment, je soutins alors, contre de nombreux opposants, que le siége initial de la grenouillette était à l'intérieur des voies salivaires, dont l'ampliation constituait l'origine de cette tumeur.

Peut-être, à cette époque, la discussion porta-t-elle trop exclusivement sur la glande sous-maxillaire et son conduit excréteur, sans tenir compte assez des autres organes de sécrétion, fort nom-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II, page 219 et suiv.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome III, page 209 et suiv.

breux dans l'épaisseur des parois de la bouche, et qui, plus fréquemment peut-être que le canal de Warthon lui-même, sont le point de départ des kystes de cette région.

Cette indication étiologique a été précisée, admise dans ces dernières années, surtout par l'un de mes honorables collègues, qui dans sa thèse inaugurale, publiée en 1862, a donné l'anatomie exacte de la glande sublinguale et de ses nombreux conduits excréteurs... « Il n'est pas étonnant, dit M. Tillaux, que les chirurgiens, lors de la discussion soulevée il y a quelques années à la Société de chirurgie, n'aient point été d'accord sur le siége de cette affection. Cela ne doit pas surprendre, puisque la structure de l'organe principal de la région sublinguale était très-imparfaitement connue. Pour nous, ajouta-t-il, la grenouillette est due à la dilatation d'un des conduits excréteurs de la glande sublinguale, par suite de l'oblitération de ce conduit. »

En faveur de cette origine, milite l'autorité du professeur Claude Bernard, qui, dans sa leçon de physiologie expérimentale, enseignait en 1856 que l'obstruction des canaux de Rivini produisait la dilatation des petits lobules de la glande sublinguale et la formation d'un véritable kyste salivaire.

Ainsi se prononce, de plus en plus, l'opinion des anatomo-pathologistes sur cette question d'histologie, dont la solution, que j'ai vivement soutenue il y a vingt ans, n'est plus guère contestable aujourd'hui. En Allemagne comme en France, elle est acceptée, et la grenouillette n'est plus considérée comme une poche de formation nouvelle, mais comme une ectasie des courants des glandes salivaires.

Personne jusqu'à présent, dit Wirchow dans le second volume de son remarquable *Traité de la pathologie des tumeurs*, n'a pu démontrer que les grandes formes de la grenouillette procèdent des petits kystes muqueux; quant à un hygroma procédant de la prétendue bourse muqueuse attenant, d'après Fleischmann d'Erlangen, au muscle génio-glosse, cette origine est inadmissible, tant que son existence n'aura pas été mise entièrement hors de doute. Or, « j'ai moi-même été, dit encore Wirchow, tout aussi malheureux que nombre d'autres observateurs attentifs; je n'ai jamais réussi à pouvoir découvrir une semblable bourse muqueuse. »

Mais ce n'est pas exclusivement la glande sublinguale et ses appendices qui sont le siége de la grenouillette : des faits nombreux prouvent que les conduits des glandes sous-maxillaire et parotide peuvent également se prêter à son développement.

Prétendre que les canaux de Warthon et de Sténon ne sauraient se dilater au point de produire une semblable ectasie, c'est, dit Virchow, se fonder sur une connaissance incomplète de la littérature chirurgicale et sur une observation incomplète. A ce propos, il rappelle que dans le *Traité de chirurgie* de Bruns (Tubingen, 1859) on trouve une masse de faits rassemblés, qui démontrent l'existence de la grenouillette à l'intérieur du conduit de Sténon. Il ajoute, d'après ses propres observations, que la même maladie se rencontre dans le pancréas ; *grenouillette pancréatique*, c'est le nom qu'il lui donne.

Déjà moi-même, en 1849, dans mon mémoire qui est inséré dans le troisième volume de nos fascicules, j'avais insisté sur cette identité morbide, la fondant sur deux cas analogues de kystes du pancréas empruntés au *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier.

Au surplus, qu'il y ait une limite à l'extensibilité des conduits excréteurs, au delà de laquelle ils ne peuvent se prêter à l'ampliation de la tumeur, et que son volume, incessamment accru, entraîne nécessairement une modification de structure de la cavité kystique, c'est ce qui ne peut être contesté.

Pour moi, la notion du mécanisme suivant lequel s'opère cette modification m'a été donnée par la description anatomique que j'ai eu occasion de faire en 1844 (*Bulletin général de thérapeutique*, du Galactocèle). La dissection d'un kyste mammaire, qui a une grande analogie avec celui des glandes salivaires, m'a démontré à quel degré de dilatation considérable pouvaient atteindre les vaisseaux galactophores, en même temps qu'elle m'a permis de constater l'existence d'une poche centrale correspondant à la partie la plus développée de la tumeur, se confondant avec le tissu connectif ambiant, et présentant à sa surface interne les ouvertures multiples de plusieurs conduits galactophores, dont le calibre offrait des dimensions considérables.

Cette interprétation histologique, que j'avais développée à l'appui de ma manière de voir sur le siége primitif de la grenouillette et ses transformations successives, a été reprise en 1862 par Friedrich Pauli, dans un travail sur le même sujet (*Pathologie des tumeurs*, Virchow, t. II), et il en a fait la base d'une division nosologique qui comprend deux stades différents dans l'évolution des tumeurs sublinguales; l'un, où le conduit est dilaté, c'est ce qu'il appelle ***ptyalectasie***, dont il a démontré l'existence par la ligature du conduit chez le chien ; et l'autre, où le conduit venant à se rompre

soit par fissure ou ulcération, le liquide s'infiltre dans les tissus ambiants, qui, par leur tassement progressif et incessant, concourent ainsi à l'agrandissemeut du kyste primitif; c'est à cette dernière forme qu'il donne le nom de *ptyalocèle*.

En résumé, la dénomination importe peu ; si le fait pathogénique dont j'ai moi-même donné la description en 1844, dans mon mémoire sur le galactocèle, est, comme je le crois, exact et vrai, on a ainsi désormais la clef de la genèse et du développement successif de cette variété du kyste, si commune non-seulement à l'intérieur de la bouche, mais encore dans tous les tissus, organes, riches en appareils glandulaires.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ne sais si dans l'observation de M. Bouchard il est fait mention de l'examen de l'état du conduit de Warthon. Il serait, en effet, intéressant de savoir si la grenouillette aiguë était ou non due à une oblitération de ces conduits. Il y a peu d'exemples de grenouillettes chroniques causées par une oblitération du conduit de Warthon ; on connaît toutefois une observation dans laquelle il existait une oblitération causée par une soie de sanglier introduite dans ce canal ; mais les calculs salivaires n'amènent pas cette sorte d'accidents. M. de Closmadeuc, dans sa remarquable thèse sur les calculs salivaires, a montré que ceux du canal de Warthon ne l'oblitéraient pas, et qu'il n'y avait pas de grenouillette concomitante.

Dans la grenouillette aiguë, dont M. Laugier a fourni depuis longtemps des exemples, on n'a point constaté d'oblitération des conduits, et il eût été curieux de rechercher s'il y en avait dans le cas dont il est aujourd'hui question.

M. GIRALDÈS. Lorsque l'on discute sur la nature et sur les variétés de forme de la grenouillette, on oublie trop souvent de faire une distinction importante entre les kystes qui se développent dans l'épaisseur de la glande sublinguale et ceux qui naissent dans l'épaisseur de la glande sous-maxillaire. Les premiers prédominent du côté de la cavité buccale ; les seconds font saillie du côté du cou, et s'ils prennent un grand volume, ils se portent en bas, vers la racine du cou et non du côté de la bouche.

M. LÉON LE FORT appuie la distinction faite par M. Giraldès ; il a observé, à la Charité, sur un malade adressé par M. Andral, une grenouillette ayant pris naissance vers la deuxième grosse molaire

dans les derniers acini de la glande sublinguale, et, cette année, un kyste salivaire de la glande sous-maxillaire siégeant au cou et coïncidant avec un autre kyste naissant de la sublinguale, c'est-à-dire les deux variétés de grenouillette. Dans la première variété, la ponction doit être faite dans la région du cou; dans la seconde, c'est par la bouche que l'on peut et doit agir.

M. GUYON. M. Giraldès vient de rappeler les recherches anatomiques que j'ai faites sur les glandes sublinguales. Je dois d'abord déclarer que les recherches de M. Tillaux sont antérieures aux miennes, et que c'est bien à lui qu'est due la démonstration des conduits multiples du groupe de glandes désigné sous le nom de glande sublinguale. Mais j'ai montré qu'il existait cependant, chez quelques sujets, une véritable glande sublinguale avec un conduit semblale à celui que l'on connaît chez les animaux sous le nom de conduit de Bartholin. En dernier lieu, je répondrai à M. Desprès que l'oblitération du conduit de Warthon est prouvée par plusieurs faits. J'en ai moi-même présenté un cas à la Société de chirurgie en 1866.

M. GIRALDÈS revendique la découverte du procédé qui, par l'immersion des glandes dans l'acide tartrique, permet leur préparation facile.

M. TILLAUX. Je n'ai pas cru devoir prendre la parole à ce sujet, car, dans mes diverses publications sur ce point, j'ai très-explicitement, et à plusieurs reprises, attribué à M. Giraldès la découverte de la méthode de préparation.

M. FORGET. M. Desprès me reproche de n'avoir pas cité le travail de M. Closmadeuc sur les calculs salivaires; ii renferme, dit-il, des observations qui démontrent l'existence de ces calculs sans dilatation du conduit de Warthon; il ajoute avoir vu lui-même de semblables calculs creusés, sur une de leurs faces, d'un sillon. Dans tous ces cas il n'y avait pas de grenouillette. M. Desprès ne s'aperçoit pas qu'il fait lui-même la réponse à son objection. En effet, l'existenee d'une sorte de rigole sur les calculs salivaires démontre qu'il n'y avait pas oblitération complète du conduit; que le liquide salivaire, filtrant ainsi entre le calcul et la paroi du conduit, continuait d'être versé à l'intérieur de la bouche, et que des faits de ce genre ne prouvent rien contre l'existence de la grenouillette sous-maxillaire, puisque la condition indispensable à son développement, l'oblitération complète du conduit de Warthon, n'avait pas lieu.

Quant à la possibilité de sonder ce conduit dans des cas de gre-

nouillette, ce qui établissait la persistance de sa perméabilité, cela veut dire simplement qu'en pareil cas la maladie a son siége dans d'autres conduits salivaires, ce qui est d'accord avec la doctrine soutenue dans mon rapport.

Que si M. Desprès veut nier d'une manière absolue que la glande sous-maxillaire suit le point de départ de la grenouillette, je le renverrai à l'observation si concluante de M. Richet, que j'ai publiée dans mon mémoire, et dans laquelle l'autopsie a mis en toute évidence la dilatation du conduit de Warthon dans un cas de grenouillette intra-buccale opérée par M. Richet lui-même.

Au surplus, je ferai remarquer à M. Desprès, comme à M. Giraldès, que ce côté de la question ne rentrait pas dans le cadre de mon rapport, et je ne m'y suis arrêté qu'incidemment, l'ayant surtout et exclusivement envisagé dans mon mémoire sur la grenouillette, qui est inséré dans nos fascicules.

Un mot cependant encore à M. Giraldès au sujet de la grenouillette de la glande sous-maxillaire, qui offrirait comme caractère distinctif et constant de se développer du côté du cou, au-dessous de la base de la mâchoire. Que cela soit, je ne le conteste pas quand le kyste occupe la glande elle-même; mais peut-on se refuser à admettre que son conduit, qui se rapproche du plancher de la bouche pour s'y ouvrir après avoir rampé sous la muqueuse, ne puisse, en se dilatant, constituer la grenouillette sublinguale ? C'est, je crois, se mettre en opposition avec des faits acquis et généralement acceptés.

Du reste, je ferai remarquer que la discussion a laissé dans l'ombre le fait capital de mon rapport, celui qui en constitue l'originalité, et qui me paraissait devoir surtout fixer l'attention de mes collègues : c'est la possibilité de la formation instantanée d'une grenouillette volumineuse, que j'appelle diffuse, dénomination plus juste que celle de grenouillette aiguë. J'avais espéré que l'expérience de mes collègues aurait contribué à élucider ce point de pathogénie.

Commission du prix Duval.

Sont élus : MM. Guyon, Panas, Desprès, Marjolin, Tarnier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Léon Le Fort.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique.*

— M. Mourlon, médecin militaire à l'hôpital de la Calle (Algérie), adresse plusieurs observations manuscrites: *Amputation de la jambe. — Imperforation de l'anus. — Atrésie de la vulve. — Désarticulation de l'épaule.* Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Dolbeau et Forget.

COMMUNICATION

Kyste de l'ovaire multiloculaire. — Ovariotomie. — Guérison. — M. LIÉGEOIS. Mme A..., habitant Noroy-le-Sec (Meuse), rentière, âgée de 63 ans, est de robuste constitution. Elle a été menstruée à 13 ans, a eu deux enfants. Ses grossesses ont été bonnes, ses accouchements faciles. Ses règles ont cessé à l'âge de 52 ans.

Il y a cinq ans, elle s'aperçut qu'elle portait dans le ventre une tumeur large comme la main, et qui fut reconnue par MM. Isnard et Marchal, de Metz, pour un kyste de l'ovaire. Depuis cette époque, cette tumeur a grossi insensiblement.

En septembre 1868, Mme A... vint me trouver à Etain (Meuse). Le kyste alors s'étendait jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic.

Après que j'eus examiné cette tumeur, la malade insista vivement auprès de moi pour savoir si l'opération de l'ovariotomie, dont elle avait entendu parler, serait praticable chez elle un jour ou l'autre. Je répondis que le kyste était encore trop peu développé pour songer à cette opération; mais que s'il prenait un accroissement incompatible avec l'exercice normal des fonctions, il me paraissait être dans des conditions avantageuses pour être enlevé. Peu de temps

après cette consultation, la tumeur s'accrut notablement, et au mois de juin, la malade, inquiète des proportions que celle-ci prenait, alla à Strasbourg consulter M. Kœberlé. Ce chirurgien ne fut nullement d'avis de l'opération, et engagea fortement Mme A... à ne point la laisser pratiquer.

Au mois de septembre, cette dame vint me retrouver à Étain. Elle présentait, à cet instant, l'état qui suit :

Le ventre est considérablement développé; il mesure, en circonférence, au niveau de l'ombilic, 120 centimètres. La distance qui sépare le bord supérieur du pubis de l'appendice syphoïde est de 52 centimètres. A la palpation, on constate une tumeur nettement limitée à la partie supérieure. Elle paraît uniformément ronde, excepté en bas et de chaque côté, où l'on reconnaît, à droite et à gauche, l'existence d'une bosselure dont il est difficile d'apprécier le volume. La tumeur n'est nullement douloureuse à la pression ; elle est molle et nettement fluctuante dans toute son étendue. Quand on cherche à imprimer à la paroi abdominale un léger mouvement de latéralité, on perçoit, sous la main, une sensation de crépitation dans presque tous les points où cette exploration est faite.

A la région épigastrique et lombaire, on constate, à la percussion, de la sonorité. Le toucher vaginal ne permet pas de sentir la tumeur; l'utérus, peu mobile, est légèrement incliné en arrière; son volume paraît normal. Les membres inférieurs présentent un œdème très-prononcé; les membres supérieurs et la face, une légère bouffissure. L'urine ne contient pas d'albumine; la circulation est normale. Toutes les autres fonctions paraissent bien s'exécuter, à part la respiration, qui est notablement gênée par le développement qu'a pris la tumeur. Depuis quelque temps même les digestions sont difficiles, ce que la malade attribue au chagrin que provoque chez elle son état.

Il me paraissait bien évident, d'après ces signes, que la tumeur était un kyste de l'ovaire multiloculaire vu les bosselures, non adhérent en raison de la crépitation péritonéale et de l'absence complète de douleurs abdominales présentes ou passées, réunissant en un mot toutes les conditions favorables pour le succès de l'opération. La considération de l'âge de la malade, 63 ans, n'était pas pour moi une contre-indication; la guérison rapide et sans le moindre accident, obtenue l'an dernier chez une femme d'une constitution bien moins bonne que celle de ma malade actuelle, éloignait mes craintes de ce côté. Ce ne fut non plus la considération d'âge qui dut guider M. Kœberlé dans le conseil qu'il avait donné à Mme A..., car il avait

ohtenu, avant de la voir, un succès sur un sujet de 65 ans. J'ignore le motif qui a pu lui faire rejeter toute idée d'opération.

L'ovariotomie fut pratiquée le 6 septembre, avec l'assistance des docteurs Parisot (d'Étain), Japin (d'Étain), Michaux (de Metz), Marchal (de Metz), Bermont (de Noroy-le-Sec), et Douan (de Dampierre).

La malade ayant été chloroformée, une incision fut faite à la paroi abdominale, sur la ligne médiane, dans une étendue de 12 centimètres, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, 6 centimètres au-dessus. Après quoi, la main, introduite entre le kyste et la paroi ventrale, constata l'absence d'adhérences à la partie antérieure de la tumeur. Puis le kyste fut ponctionné avec le trocart en spirale de MM. Colin et Robert; il en sortit un liquide visqueux couleur légèrement chocolat. L'écoulement s'étant arrêté après l'issue de 6 ou 7 litres, une seconde poche fut ponctionnée avec un trocart ordinaire d'un fort calibre; il s'échappa un liquide citrin, peu visqueux, et contenant une grande quantité de paillettes de cholestérine. Cette poche vidée, la main, introduite dans le ventre, constata que la tumeur était libre dans toute son étendue, et aida simultanément, avec des tractions exercées sur celle-ci à l'aide d'un trocart en spirale, à son expulsion hors de l'abdomen. Pendant ce temps, deux aides prennent soin de repousser la paroi abdominale en sens inverse de la progression du kyste, de façon à mettre les intestins, autant que possible, à l'abri du contact de l'air, dès que la tumeur serait sortie. Le pédicule, d'une assez grande longueur, fut lié avec une ficelle; la chaîne d'un écraseur (clamp de Mathieu) fut fixée au niveau de cette chaîne; le pédicule fut coupé au delà de cette dernière; une longue aiguille embrocha le pédicule et les deux lèvres de la plaie correspondante; 8 sutures métalliques profondes furent pratiquées; celles-ci traversaient des deux côtés le péritoine, à 1 centimètre environ des bords; 3 sutures superficielles seulement furent mises. Une compresse d'eau froide constitua tout le pansement.

La malade n'avait pas perdu, pendant toute l'opération, une cuillerée de sang; la durée de celle-ci avait été de 30 minutes.

Dans les jours qui suivirent l'opération, Mme A... n'a pas accusé la moindre douleur, ni dans sa plaie, ni dans aucun point de l'abdomen. Son pouls, sa température n'ont pas présenté la moindre modification. Pendant les trois premiers jours, par prudence et non par défaut d'appétit, elle ne prit que du bouillon; la nourriture fut augmentée insensiblement. Le cinquième jour, le clamp fut détaché;

le sixième, les sutures furent enlevées; alors la plaie était réunie par première intention de la façon la plus parfaite, excepté au niveau du pédicule, qui suppura très-légèrement à sa surface. Le neuvième jour, la malade se leva sur un fauteuil; le douzième, elle se promenait dans la maison; le vingtième, elle reprenait ses occupations habituelles.

Cette observations démontre une fois de plus combien peut être innocente une opération d'ovariotomie faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire sur un sujet valide, serait-il âgé, et ne présentant, du côté de son kyste, aucune complication. On ne peut assurément concevoir ni désirer des résultats plus satisfaisants que celui que je consigne ici. Après l'opération, pas le moindre symptôme morbide n'est apparu, rien, absolument rien qui ait pu inquiéter un seul instant ni le chirurgien ni la malade. Sous ce rapport, cette observation est le pendant de celle que j'ai communiquée l'an dernier à la Société.

L'examen de la tumeur que je présente fait voir qu'elle est constituée : 1° par deux immenses poches à la surface desquelles proéminent quelques petits kystes; 2° par deux masses kystiques aréolaires placées à la partie inférieure et latérale de la tumeur, et ayant chacune le volume d'une tête de fœtus environ; une de ces masses est longée extérieurement par les débris de la trompe coupée avec le pédicule. La tumeur et le liquide recueilli pesaient 15 kilogrammes.

Kyste dermoïde purulent. — Ovariotomie. — Mort. — Mlle Sidonie T..., habitant Domremy-la-Canne (Meuse), est âgée de 17 ans; elle possède une constitution moyenne, un tempérament lymphatique. Elle a été menstruée à 15 ans; ses règles, toujours peu abondantes, sont apparues régulièrement chaque mois; depuis deux mois seulement elles ont fait défaut. A l'âge de 11 ans, elle s'est aperçue qu'elle portait dans la partie inférieure du ventre, et à gauche, une grosseur du volume d'un œuf de poule, se déplaçant facilement quand elle cherchait à la faire mouvoir. A partir de cette époque, cette grosseur n'a pas cessé de croître, mais c'est surtout depuis un an quelle a acquis des proportions considérables.

Jusqu'au 30 juillet dernier, cette tumeur n'avait occasionné chez cette jeune fille ni gêne ni douleur. Ce jour-là, elle fut prise, en descendant de son lit, d'une sensation des plus pénibles dans le bas-ventre, à la partie inférieure et du côté droit; cette douleur était telle que la moindre pression à son niveau, même le moindre

mouvement, la faisait crier. La douleur persista avec cette intensité, et dans un point fixe, pendant un jour, sans être accompagnée d'aucun mouvement fébrile, mais elle ne disparut totalement qu'au bout de huit jours. Depuis lors, la malade n'a ressenti rien de semblable; seulement, quinze jours environ avant de la voir, alors qu'elle faisait un voyage de quelques lieues en voiture, les secousses de celle-ci provoquèrent chez elle une sensibilité du ventre suffisamment grande pour qu'on dût faire marcher le cheval au petit pas, mais cette sensibilité disparut dès que la malade fut rentrée à la maison.

La santé générale de Mlle T... a du reste toujours été très-bonne; les digestions n'ont pas cessé de se faire régulièrement; la défécation, l'urination, ont toujours été normales. Une gêne notable de la respiration, dès que le sujet marche ou travaille, tel est le seul trouble fonctionnel accusé par celui-ci.

Le 17 septembre, cette jeune fille m'est adressée à Étain, par M. le docteur Parisot. Je constate l'état suivant :

L'abdomen est uniformément arrondi; il mesure en circonférence, en la prenant au niveau de l'ombilic, 91 centimètres. La distance qui sépare l'appendice syphoïde de la symphyse pubienne est centimètres. En promenant la main sur les divers points du ventre, on constate facilement l'existence d'une tumeur qui, plongeant dans le petit bassin, s'arrête supérieurement dans la région épigastrique. A la pression on ne reconnaît aucun point douloureux à son niveau; ni l'auscultation ni la palpation ne permettent de constater de crépitation péritonéale. A la percussion, la tumeur est molle dans toute son étendue. En avant, à droite, en bas, en haut, elle est molle; la fluctuation est manifeste dans toutes ces parties, quoique cependant le soulèvement de la main se fasse avec une certaine lenteur. A gauche, elle a une consistance solide dans presque toute sa hauteur; là on constate toute absence de fluctuation, et la main ne rencontre qu'une masse ferme, résistante, surtout dans une surface de 10 centimètres carrés environ.

Les régions épigastrique et hypocondriaque droite de l'abdomen sont sonores à la percussion, de même que la région lombaire; pour cette dernière, la sonorité augmente en étendue dès qu'on fait pencher la malade ou qu'on la fait tourner du côté opposé à celui que l'on percute.

Il était de toute évidence, d'après les antécédents fournis par le sujet et les signes que je constatais, que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire, kyste à liquide épais et à contenu solide; kyste

probablement sans adhérences, au moins considérables, puisque la malade n'avait éprouvé qu'une seule fois, à proprement parler, et cela dans un point limité, des douleurs qui puissent être rapportées à une inflammation péritonéale. Mais quelle était l'origine de ce kyste? En face de cette circonstance, que la tumeur fut constatée pour la première fois à l'âge de 11 ans, et qu'à cette époque elle avait déjà le volume d'un œuf, je dus nécessairement penser qu'elle ne pouvait guère se rattacher, comme la plupart des grands kystes abdominaux, à une évolution morbide siégeant dans l'ovaire, et dont l'ovulation aurait été la cause provocatrice.

C'est la raison pour laquelle je penchais pour un kyste ovarique contenant des débris de fœtus ou des productions qui pouvaient s'en rapprocher.

Les bonnes conditions opératoires dans lesquelles le kyste me semblait placé, d'une part, la marche rapide de l'affection dans les derniers temps, d'autre part, enfin le volume de la masse solide, faisant craindre que d'ici peu toute opération fût impraticable, me décidèrent à proposer l'ovariotomie, qui fut acceptée sans difficulté.

L'opération fut pratiquée, chez les parents de la jeune fille, le 23 octobre, avec l'assistance des docteurs Parisot, Jupin, Fourrier, Douan, Bermont. La malade étant parfaitement endormie, l'incision de la paroi abdominale, faite sur la ligne médiane, comprit 14 centimètres d'étendue, à partir de trois travers de doigt du sillon sus-pubien, jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. L'incision faite, le kyste apparut recouvert par l'épiploon, qui fut repoussé à la partie supérieure de l'abdomen. La main, passée entre la paroi du ventre et la tumeur, ne constata aucune adhérence correspondant à la face antérieure de celle-ci. Alors je perforai le kyste avec le trocart en spirale de MM. Robert et Collin. A peine lui avais-je imprimé un mouvement de rotation, dans le but de saisir la paroi du kyste entre ses rondelles métalliques, qu'un pus excessivement épais, crémeux, verdâtre, inodore, s'échappa entre la canule et l'ouverture du kyste, et continua à couler jusqu'à l'instant où la paroi de celui-ci fut serrée entre les rondelles du trocart. Pendant ce temps, deux aides abritaient la cavité péritonéale du contact de ce liquide, en se servant de morceaux de flanelle introduits entre le kyste et la paroi ventrale. La tige du trocart fut ensuite retirée, mais aucun écoulement ne se fit, quelque inclinaison que je donnai à mon instrument. Alors je passai deux anses de gros fil à travers la paroi de la tumeur, et à distance de 1 centimètre l'une de l'autre, puis, entre ces deux an-

ses, j'ouvris cette paroi. Du pus s'écoula en abondance, en même temps que d'énormes touffes de poils, agglutinés entre eux par une substance caséeuse, se présentaient à l'ouverture que je venais de pratiquer. Celles-ci, au milieu desquelles je retrouvai la pointe de mon trocart, furent extraites successivement. Au fur et à mesure que la poche se vidait, au fur et à mesure elle était attirée au dehors par mes deux anses de fil; si bien qu'au bout d'un temps assez court, le pus était déversé à une certaine distance des lèvres de la plaie de la paroi abdominale; quand un litre et demi environ de ce liquide se fut écoulé, je saisis du côté gauche les parois de la tumeur dans un point qui me paraissait fluctuant et était placé à une petite distance de la lèvre droite de la plaie, celle-ci étant écartée autant que possible, puis je passai en ce point, et à une petite distance l'une de l'autre, deux anses de fil nouvelles, après quoi j'incisai entre elles; un demi-litre environ de pus, et de nouvelles masses pilo-graisseuses, s'échappèrent par cette ouverture; mais je dus, pour obtenir ce liquide, qui me paraissait provenir surtout de la partie postérieure de la tumeur, introduire une de mes mains, que j'avais eu soin de bien laver, derrière celle-ci, et exercer sur elle une série de pressions en des points multiples. Après que le kyste fut vidé, la tumeur était encore extrêmement volumineuse; de plus, je venais de constater que du côté gauche, de même qu'à la partie supérieure, il n'existait plus de poches fluctuantes; ma main ne rencontrait de ces côtés que des masses solides. Je dus donc chercher si du côté droit je serais assez heureux pour trouver un troisième kyste qui me permît, en l'évacuant, de rapetisser la masse que je tentais de faire sortir de l'abdomen. Ce troisième kyste existait. Aidé d'une part par ma main plongée dans l'abdomen, et qui exerça sur lui une pression de droite à gauche, aidé d'autre part par la traction faite par mes aides dans la même direction, avec le trocart qui était resté fixé sur la tumeur, je parvins à faire progresser cette poche et à mettre à jour une quantité suffisante de sa paroi pour que je pusse passer à travers elle deux nouvelles anses de fil, et exciser entre elles. Un litre et demi de pus environ, toujours mêlé à des poils, s'échappa par cette ouverture. A cet instant, la tumeur me parut suffisamment diminuée pour exercer son extraction hors de l'abdomen, en augmentant toutefois l'incision de la paroi ventrale de 2 centimètres vers son extrémité supérieure.

Cette incision une fois agrandie, des tractions en tous sens purent encore être faites, même avec une certaine énergie, par l'aide

du trocart, et après quelques instants, la tumeur s'échappa en masse, suspendue à un pédicule assez court et très-épais. Au moment où le pédicule apparut à l'extérieur, une hémorrhagie se fit à sa surface, dans un point très-rapproché du kyste; elle était due à une rupture partielle du pédicule en un point superficiellement placé, rupture qui avait atteint, outre la séreuse, une petite artériole, dont la ligature a dû être pratiquée.

La fixation du pédicule, sa striction, les sutures, furent faites comme dans l'opération précédente. 12 points de sutures profondes, 3 points de sutures superficielles, servirent à fermer la plaie.

L'opération avait duré cinq quarts d'heure; la malade était restée, pendant tout ce temps, profondément endormie; il n'y avait ici de sang perdu qu'une très-petite quantité, fournie par l'artériole.

Une heure après l'opération, nausées, en même temps que douleurs sourdes dans toute l'étendue du ventre. Dans la journée, je fais uriner la malade deux fois; le soir, les douleurs abdominales sont plus fortes que le matin.

Pendant la nuit, des efforts de vomissement ont eu lieu; la malade n'a presque pas cessé de se plaindre; deux fois elle a uriné seule dans une assiette creuse, malgré ma défense; le pouls a oscillé entre 90 et 120 pulsations. Une pilule de 1 cent. d'extrait thébaïque a été donnée chaque deux heures.

Le lendemain matin, les douleurs abdominales persistent; elle se plaint surtout d'une douleur épigastrique. Elle vomit plusieurs fois. Eau gazeuse, eau froide, opium.

Le soir, la malade se plaint moins de douleurs dans l'abdomen, mais le faciès est altéré, la langue est sèche, le pouls filiforme, imperceptible, les battements du cœur à 160, la respiration très-fréquente.

La malade succombe à deux heures du matin.

Examen de la pièce anatomique. — La tumeur, telle qu'elle est extraite de l'abdomen, a une forme sensiblement ronde, mesurant en diamètre 24 centimètres et pesant 4 kil. 100. Elle est en rapport dans un point de son contour avec un repli péritonéal, qui faisait partie du pédicule, et qui contient dans son intérieur une partie de la trompe, munie de son pavillon, de ses franges, ainsi que le ligament de l'ovaire. Le reste du pédicule se retrouve sous forme de lambeaux membraniformes très-fins, rétractés à la surface de la tumeur.

A l'exception des points où se voient les vestiges de la plus grande partie du pédicule, la tumeur est lisse dans toute son étendue; on

ne distingue rien à sa surface qui puisse rappeler l'aspect extérieur de l'ovaire.

L'intérieur de la tumeur est constitué par une masse solide centrale, entourée dans toute son étendue par quatre poches spacieuses, isolées les unes des autres, à l'exception de deux, qui communiquent entre elles par une ouverture de 2 centimètres environ. Ces poches sont séparées latéralement par des parois d'une certaine épaisseur, provenant de la masse solide centrale, et se confondant avec l'enveloppe générale du kyste, qui concourt à former leurs parois externes.

Les quatre grandes poches ont un aspect essentiellement variable entre elles et dans leurs divers points. La description isolée de chacune d'elles serait fastidieuse, en raison de la multiplicité des détails qui s'y rapportent ; qu'il me suffise d'indiquer d'une facon générale les points les plus saillants.

Ces poches sont lisses et régulières sur leurs faces externes. Sur leurs faces internes et latérales, elles sont, au contraire, des plus irrégulières, hérissées de saillies et de dépressions de toute forme, de tout volume. Ici, les saillies sont disposées en mamelons arrondis, là en colonnes charnues qui rappellent celles du cœur ; ailleurs, en lamelles plus ou moins larges, plus ou moins épaisses, dont les bords sont libres, la face profonde adhérente.

Dans ces poches, on trouve une quantité de poils encore considérable, malgré la masse qui a été enlevée pendant l'opération et que l'on a négligé de recueillir. La plupart sont libres, intriqués entre eux, et unis ensemble par une substance caséeuse, très-onctueuse (cellules graisseuses et épithélium). Ces poils ont une longueur très-variable, quelques-uns ne sont visibles qu'à la loupe. La plupart ont une longueur qui varie depuis quelques millimètres jusqu'à 27 centimètres. Leur couleur est blanc ou châtain. Vus au microscope, presque tous possèdent encore leur bulbe, presque tous sont entourés de lamelles épidermiques disposées très-irrégulièrement ; tous ont conservé l'aspect normal, strié, pigmentaire, leur canal central.

Outre ces poils complétement libres, on en trouve d'autres qui, intriqués très-irrégulièrement, ou disposés en mèches très-régulières, font saillie seulement dans l'intérieur des grands kystes, à la faveur d'ouvertures existant sur leur face interne ; ces poils appartenaient plus spécialement à d'autres poches, situées dans le centre de la tumeur.

Enfin, une grande quantité de poils sont implantés dans les parois mêmes de ces kystes ; ceux-ci sont presque partout placés à une

certaine distance les uns des autres. Là où ces poils implantés se rencontrent, on trouve, dans la partie qui les supporte, tous les caractères de la peau. Celle-ci est recouverte d'une substance caséeuse, analogue au smegma de l'embryon (cellules graisseuses et épithélium pavimenteux). Sous cette substance, on trouve l'épiderme constitué par plusieurs couches d'épithélium superposées; au-dessous de l'épiderme existe un derme, muni de glandes sébacées, à conduits excréteurs libres, ou venant s'ouvrir dans des follicules pileux, muni aussi de saillies périphériques non constantes, rangées régulièrement les unes à côté des autres, et qui représentent, sans aucun doute, des papilles. Nulle part on ne rencontre de glandes sudoripares. Des fibres de tissu cellulaire, des fibres élastiques, des vaisseaux capillaires, forment la trame de ce derme. Enfin, sur la face profonde de celui-ci, on trouve des cellules graisseuses, non réunies en lobules, et qui établissent en quelque sorte la séparation entre cette membrane et les couches organiques fibreuses sous-jacentes.

Mais une membrane cutanée ne tapisse pas toute l'étendue des parois de ces poches; dans un certain nombre de points, ces parois sont recouvertes par une membrane d'aspect séreux et qui, vue au microscope, n'a aucun des caractères de la première. L'espace qui sépare la surface cutanée de la surface séreuse présente presque partout un aspect blanchâtre, manifestement cicatriciel.

Dans certains endroits, l'union se fait par des expansions nacrées comme tendineuses, au nombre de trois à six; dans d'autres, la peau se montre sous forme de lamelles plus ou moins étendues, semblant collées sur les couches sous-jacentes, desquelles elles se séparent facilement. En raison de cette disposition, les bords de ces lamelles sont visibles dans toute leur épaisseur. Enfin, ailleurs, on voit la peau des grands kystes se continuer en ligne directe avec de la peau contenue dans les kystes de la masse centrale, à la faveur d'une ouverture; à un endroit, la peau est tordue sur elle-même au moment où elle passe par cette ouverture.

La masse solide centrale est formée en grande partie par des kystes contenus dans une trame fibro-graisseuse. Ces kystes sont, les uns colloïdes, les autres pilo-colloïdes, les autres pilo-sébacés, les autres pilo-épidermiques.

Les kystes colloïdes ont une consistance et une couleur des plus variables; la consistanoe varie depuis celle de l'huile jusqu'à celle d'une gelée épaisse; la couleur est blanchâtre, rosée, verdâtre, jaunâtre.

Ces kystes, limités à l'intérieur par une mince enveloppe cellu-

leuse, contiennent presque tous dans leur intérieur des leucocytes en assez grande quantité, et des cellules épithéliales, analogues à celles qui séparent la face interne de l'enveloppe.

Les kystes pilo-colloïdes ne diffèrent des premiers que par la présence de poils dans leur intérieur; ces poils sont ici tous parallèles les uns aux autres et représentent de véritables mèches. Une partie de leurs parois présente aussi un aspect et une structure dermoïdes.

Les kystes pilo-épidermiques, au nombre de trois ou quatre seulement, ne dépassent pas le volume d'une noisette. Leur paroi est fibreuse et non dermoïde. En dedans de cette paroi, on trouve une couche concrète et comme lamelleuse, constituée par de l'épithélium pavimenteux stratifié; le reste du kyste est rempli par de l'épithélium de même nature que le précédent, au milieu duquel on distingue de rares gouttelettes graisseuses et des poils d'une ténuité extrême et d'une longueur excessivement petite.

Les kystes pilo-sébacés ont les mêmes caractères que les grands kystes périphériques, c'est-à-dire qu'ils sont remplis de poils et de matières grasses; leur paroi est dermoïde en partie ou en totalité; deux de ces kystes sont remarquables par la longueur des poils qu'ils possèdent (15 à 30 centimètres); ceux-ci, de plus, sont très-épais et sont implantés en grand nombre dans certains points de la paroi, les uns à côté des autres.

On trouve de plus, mêlés à ces productions kystiques, deux os remarquables par leur volume. L'un est plus superficiellement placé que l'autre; le premier empiète dans une paroi qui sépare deux grandes poches de la surface; c'est lui qui donnait lieu à cette sensation de dureté perçue quand on explorait sur la malade la tumeur. Il a le volume d'un sphénoïde d'adulte, et, jusqu'à un certain point, sa forme; sa longueur est de 14 centimètres; sa largeur de 5, son épaisseur de 3. On y distingue un corps muni de quatre saillies, qui limitent un espace quadrilatère rappelant la selle turcique, deux espèces de sinus creusés dans l'épaisseur de ce corps; deux ailes, dont l'une est creusée d'une cavité remplie de matière colloïde; des aspérités hérissent les extrémités de ces ailes, ainsi que les bords de l'os. Celui-ci est entouré d'un périoste épais et difficile à détacher; de la face profonde du périoste, partent de nombreux vaisseaux qui pénètrent dans la substance osseuse par des ouvertures en rapport avec le calibre de ceux-ci.

Sur une des faces de l'os, le périoste, par sa face externe, se trouve uni avec les parois d'un kyste pilo-sébacé du volume d'un

œuf; ce kyste est un des deux qui possèdent un nombre considérable de poils adhérents et ayant une longueur et une grosseur considérables. Les bords de l'os sont en rapport avec une série de kystes colloïdes ou pilo-épidermiques.

L'autre os a une forme que l'on ne peut rapporter à la forme d'aucun os du squelette. Il est formé d'un plateau central sur la surface et le pourtour duquel naissent des apophyses plus ou moins longues. Le plateau mesure dans sa plus grande longueur 8 centimètres, dans sa plus grande largeur, 3 centimètres. Une de ses apophyses mesure 2 centimètres et demi. Cet os est entouré,comme le précédent, par un périoste épais. Une de ses faces est aussi en rapport avec un kyste pilo-graisseux, du volume d'une noix, présentant, au point de vue de son contenu, les mêmes particularités que celui qui est en rapport avec le périoste de l'autre os.

Dans une partie de la masse centrale correspondant à une énorme saillie à mamelons multiples et que remplit presque entièrement un grand kyste périphérique, nous avons trouvé aussi deux petites masses cartilagineuses, arrondies, volumineuses, l'une comme une noisette, l'autre comme un pois. Toutes deux possèdent au centre l'aspect blanc nacré du cartilage; à la périphérie, un aspect plus foncé. Ces deux petites masses sont placées au centre d'un tissu fibro-graisseux du volume d'une noix. Au microscope on rencontre, au centre de ces noyaux cartilagineux, des capsules et des cellules de cartilage type; à la périphérie, ces espaces intercellulaires sont infiltrés de granulations calcaires.

Non loin de ces noyaux existait une petite lamelle osseuse, de la longueur de 2 centimètres environ, située dans le centre d'une masse fibreuse. Étudié au microscope, cette lamelle nous a paru contenir quelques ostéoplastes peu nettes, mais surtout des amas de granulations calcaires.

Réflexions. — Il me paraît difficile de préciser la cause de la mort de notre opérée; je dois avouer que cette mort rapide a été pour moi un sujet d'étonnement. Rien ne permettait de la faire prévoir. Serait-ce que le jeune âge exposerait davantage aux accidents péritonéaux que l'âge adulte ou que la vieillesse? mais Spencer Wells, sur de jeunes sujets, a obtenu trois succès après l'ovariotomie.

La durée de l'opération (cinq quarts d'heure) a-t-elle eu une certaine influence? Cela est peu probable; car la longueur du temps passé à l'énucléation des kystes ovariens ne semble devoir posséder

une influence fâcheuse, incontestable, que s la plus grande partie de ce temps est passée à détruire des adhérences, suspendre des hémorrhagies, faire la toilette du péritoine. Ici, il n'y a pas eu de temps consacré à aucune de ces manœuvres. La longueur de notre incision de la paroi abdominale doit être mise hors de cause, car elle ne dépassait pas 13 centimètres, chiffre inférieur à celui que l'on trouve dans un certain nombre d'ovariotomies, suivies cependant de succès. Du pus serait-il passé sans qu'on s'en aperçût dans la cavité péritonéale, à l'instant où la partie saillante du kyste en était couverte, malgré toutes les précautions prises pour éviter ce fait? Je ne le crois pas, car le péritoine qui recouvrait l'intestin, celui du cul-de-sac recto-utérin, était d'une propreté extrême, après l'extraction du kyste. Il ne scrait pas impossible cependant que mes mains, introduitcs à plusieurs reprises dans la cavité abdominale, n'aient, malgré des lavagcs préalables faits avec soin, conservé à leur surface une certaine quantité de ce liquide onctueux, dont elles se débarrassaient fort difficilement (ce que j'ai reconnu plus tard), quantité trop faible pour être reconnue là où elle avait été déposée, mais suffisante pour amener des accidents péritonéaux. Ce serait là la cause que j'imputerais le plus volontiers, me fondant surtout sur l'existence d'une péritonite générale d'emblée, caractérisée par des douleurs survenues dans toute l'étendue de la cavité abdominale, presque aussitôt l'opération terminée.

Le kyste auquel nous avons eu affaire est, sans contredit, un des plus curieux qu'il soit possible de rencontrer. Il s'agissait d'un kyste ovarien, dermoïde et purulent. Ce dernier caractère fait de ce kyste dermoïde une tumeur fort exceptionnelle, car il en existe à peine trois ou quatre exemples dans la science.

Remarquons que rien dans les antécédents de la malade ne pouvait faire soupçonner la purulence. On se rappelle, en effet, que notre jcune malade n'avait accusé de douleurs vives dans l'abdomen, à proprement parler, que pendant un seul jour, sans qu'il y ait eu aucune réaction fébrile. Or, ces douleurs ne pouvaient guère être rapportées qu'à une inflammation circonscrite du péritoine, provoquée par la présence même de la poche. Peut-être, sans doute même que cette vive sensibilité d'un moment a été indépendante de l'inflammation de la poche kystique, car s'il en eût été autrement, on ne comprendrait pas qu'elle ne se fût pas généralisée tout autour de la tumeur. Il y a, à mes yeux, tout lieu de croire que l'inflammation qui a donné lieu, à un moment donné, à une aussi grande quantité de pus, de plus à des leucocytes en grande quantité

dans les poches colloïdes, ne s'est point reflétée au dehors de la paroi externe de la tumeur, ni par des phénomènes locaux, ni par des phénomènes généraux.

A titre de kyste dermoïde, la tumeur est remarquable par son volume ; mais elle l'est surtout par la forme, l'étendue, la disposition des parties cutanées, pileuses, osseuses, qu'elle contient, et, sous ce rapport, elle me paraît être d'une certaine importance pour juger la question de la nature de ces kystes, encore aujourd'hui controversée.

Trois explications ont été fournies sur ce point.

Dans l'une, le kyste serait la conséquence d'une conception extra-utérine. Cette opinion doit être ici complétement rejetée : en premier lieu, parce que ce kyste s'est développé à une époque ou l'ovulation spontanée ne pouvait encore s'être effectuée ; en second lieu, la jeune fille était vierge, sa membrane hymen était parfaitement intacte.

Dans la deuxième opinion, le kyste serait rapporté à une inclusion fœtale due à la pénétration d'un œuf fécondé dans un autre, le second passant par les phases normales de son développement, le premier, inclus dans l'ovaire, s'arrêtant dans son développement général, et ne laissant plus, comme trace de sa présence, que des débris qui ont continué à vivre parasitairement.

Dans la troisième opinion, les produits organiques qui ressemblent à des débris de fœtus seraient la conséquence de l'hétérotopie plastique, c'est-à-dire apparaîtraient en vertu de cette loi que des éléments anatomiques des tissus des organes peuvent, dans certaines conditions encore inconnues, se développer spontanément et vivre là où normalement il n'y a aucune trace de ces éléments, de ces tissus, de ces organes.

Quoique la première opinion soit généralement acceptée, elle a trouvé, dans M. Lebert, un adversaire implacable, qui, dans un mémoire aussi plein de talent que de verve, a apporté, à l'appui de son opinion, des arguments bien propres à ébranler les opinions du camp opposé. Nous pensons que les réflexions que va nous suggérer l'examen attentif de notre pièce enlèveront à ces arguments toute leur valeur.

Une des raisons alléguées par M. Lebert pour combattre la théorie de l'inclusion fœtale est la présence, dans certains kystes dermoïdes, de poches multiples en plus ou moins grand nombre, pouvant contenir des productions cutanées, pileuses, osseuses ou dentaires. Cette raison, de prime abord, paraît péremptoire, et cependant on

va voir que notre kyste, qui pourrait être regardé comme un type de kystes, venant à la rescousse de l'opinion du célèbre micrographe, présente des détails qui parlent au contraire contre elle. Quelle disposition, en effet, affecte la peau dans ces diverses poches? Dans quelques-unes seulement, elle constitue, dans toute l'étendue du kyste, la couche interne, mais dans la plupart elle n'en représente (en surface) que la moitié, le tiers, le quart. En certains endroits même, elle n'occupe qu'une surface de quelques millimètres, sur laquelle s'implante une mèche de poils. Ici la peau est sur le même plan que la séreuse qui lui fait suite, l'une et l'autre étant séparées par un tissu cicatriciel manifeste, blanc nacré et exclusivement fibreux. Là, la peau fait une saillie par rapport à la séreuse et semble collée à la surface de celle-ci, qui se prolonge sous elle de telle sorte que ses bords sont complétement libres. Ailleurs, on voit la peau se projeter sur une portion séreuse par des digitations multiples. Enfin, dans un endroit, on constate que la peau, qui passe à la faveur d'une ouverture d'un kyste dans un autre, se replie sur elle-même. Quand on envisage toutes ces dispositions, on ne peut échapper à l'idée que la peau d'un embryon a dû être morcelée par la pénétration dans son intérieur des cloisons fibreuses et aréolaires qui forment la masse principale de la tumeur, ces cloisons s'étant coiffées, çà et là, des lambeaux de peau ainsi fragmentés et ayant contracté avec eux des adhérences cicatricielles qui ont permis à ceux-ci de continuer à vivre et à se développer. Il est facile de reconnaître, sur notre pièce, qu'encore aujourd'hui cette fragmentation s'accomplit, non plus dans la peau, mais dans les masses pilo-sébacées contenues dans certains kystes. On voit, en effet, dans quelques parties, des touffes de poils unis entre eux par de la substance grasse, faisant en quelque sorte hernie à travers des cloisons kystiques perforées, et empêchant, de cette façon, la réunion des lèvres de l'ouverture. Dans un point, on constate une mèche de cheveux longue de 12 centimètres environ, à cheval sur une cloison qui sépare deux ouvertures du genre de celles dont je viens de parler, et qui appartiennent à un même kyste pilo-sébacé.

Si la multiplicité des kystes a paru à M. Lebert un argument en faveur de l'hétérotopie plastique, c'est sans aucun doute parce que, jusqu'ici, on n'a rencontré dans aucun kyste dermoïde les dispositions cutanées que je viens de signaler. Dans tous les cas cités, la portion dermique des poches paraît s'être substituée à la séreuse, et être en continuité immédiate avec la portion persistante de celle-ci. Dans ces cas, il est vrai, il est permis de croire à une métamorphose

de celle-ci. Mais le doute sur les adhérences contractées entre la peau d'un embryon et la séreuse ne me paraît plus permis avec notre pièce pathologique.

Du côté des productions pileuses, on trouve aussi certaines particularités qui viennent à l'appui de l'inclusion fœtale. Ces particularités consistent dans le développement exagéré des poils dans les points qui correspondent, selon toute probabilité, à un cuir chevelu. Là, en effet, où on trouve les cheveux les plus longs (15, 26, 30 centim.), les plus épais, ceux qui sont implantés en plus grand nombre sur la peau, c'est dans les poches kystiques qui touchent les deux grands os trouvés dans la tumeur, et qui ne peuvent être rapportés à aucun os qu'à ceux du crâne. Assurément, ce n'est pas la présence de ces os qui a influencé la vitalité des bulbes pileux dans la peau des kystes qui les avoisinent; celle-ci ne peut s'expliquer que parce que cette peau représente les vestiges du cuir chevelu de l'ancien embryon.

La seconde raison alléguée par M. Lebert à l'appui de l'hétérotopie, c'est que, dans les kystes du genre de celui qui m'occupe, les os qu'on y trouve n'ont jamais une forme exactement semblable à celle des os du squelette. Sans nier les inclusions fœtales, M. Lebert ne les admet que pour les cas où on rencontre un humérus, une omoplate, un maxillaire, etc., régulièrement configuré.

Pour nous, la déformation des os, dans une production kystique, est en quelque sorte une conséquence forcée des conditions mêmes dans lesquelles ceux-ci se sont développés. Si l'on a égard au développement normal des pièces du squelette, leurs caractères extérieurs ne sont pas seulement subordonnés au plan en quelque sorte originel qui a été dressé par l'organisation naissante, ils sont subordonnés aussi au rapport que les os affectent avec les parties voisines. Ne sait-on pas qu'une extrémité osseuse luxée et placée définitivement dans des rapports anormaux se déforme de manière à devenir quelquefois méconnaissable; que l'orbite, après l'extraction de l'œil, se rapetisse en perdant la régularité de ses formes; qu'il en est de même des alvéoles des dents après la chute de celles-ci? Rien d'étonnant dès lors qu'un os ayant appartenu à un organisme, et s'étant greffé ensuite dans un endroit quelconque d'un autre organisme, modifie son aspect suivant les rapports qu'il contracte avec les parties voisines. Nous en avons bien la preuve dans l'os que nous avons rencontré, et qui, pour tout le monde, sans doute, représentera un sphénoïde.

Les apophyses qui avoisinent ses bords se trouvaient interposées à

des kystes colloïdes ou pilo-graisseux, le corps de ceux-ci reposant sur des dépressions de l'os. De plus, une des parties que je considère comme étant une des grandes ailes du sphénoïde était distendue et remplie par un kyste colloïde du volume d'une amande. Sans aucun doute, ce kyste ne s'était pas développé dans l'intérieur de l'os, mais c'était l'os qui s'était développé autour du kyste, en se déformant.

Quant aux os que l'on rencontre quelquefois dans les kystes avec leur configuration tout à fait normale, ils peuvent aussi être le résultat d'une inclusion fœtale, comme l'admet M. Lebert ; alors ils appartiennent à des pièces de squelette qui, à coup sûr, n'ont pas pris racine sur des parties vivantes, et se montrent par conséquent aux yeux tels qu'ils étaient quand toute vitalité les a abandonnés, c'est-à-dire avec leur forme habituelle.

Il est toutefois une objection que l'on pourrait faire à la théorie que je soutiens. Cette objection se tire de la présence dans l'intérieur de la tumeur : 1° de deux noyaux ayant tout à fait les caractères physiques et microscopiques du cartilage, et déjà imprégnés à leur périphérie de granulations calcaires ; 2° d'une petite lamelle ayant la dureté, l'aspect d'un os infiltré de granulations calcaires et possédant des ostéoplastes. Assurément ces deux sortes de production sont de date récente, et reconnaissent pour origine une véritable hétérotopie. Quelques esprits pourraient, par conséquent, voir dans cette particularité une preuve de l'origine hétérotopique des parties osseuses contenues dans la tumeur, et que je considère comme des débris de fœtus ; mais, par la seule raison que ces petits cartilages, ce petit os, sont nés hétérotopiquement, on ne peut en inférer que les autres formations osseuses reconnaissent une même origine.

L'hétérotopie du tissu osseux n'est contestable pour personne ; elle est surtout fréquente dans les kytes ovariques simples ou aréolaires non dermoïdes ; rien d'étonnant, par conséquent, qu'elle se réalise dans un kyste dermoïde de la nature de celui qui fut soumis à mon examen, chez lequel s'est faite une prolifération extraordinaire d'éléments de toute sorte. Tout prouve, du reste, que les grands os que nous avons [rencontrés n'ont pas la moindre parenté avec cette petite lamelle ossiforme trouvée auprès des noyaux cartilagineux. Dans les grands os, on trouve un périoste épais qui les entoure; à leur surface, de nombreux trous laissant passer des vaisseaux ; l'examen microscopique permet de reconnaître des ostéoplastes nombreux et parfaitement configurés

ainsi que des canalicules médullaires. Dans la lamelle ossiforme, au contraire, il n'existe nulle trace de périoste; elle se trouve au sein d'une sorte de noyaux fibrino-graisseux; aucun vaisseau ne la pénètre; on ne rencontre pas trace, dans son intérieur, de canalicules médullaires. Quant aux ostéoplastes, leurs formes, leurs prolongements, sont mal définis, et si nous admettons ces ostéoplastes, c'est moins d'après ces caractères que d'après le pointillé noir que l'on apercevait par places sous le champ du microscope. En un mot, dans un cas, nous trouvons un os complétement developpé ; dans l'autre cas, un avorton d'os. Il nous paraît, par conséquent, complétement impossible d'assimiler ces productions. Que l'organisme crée par aberration du tissu osseux, du tissu cartilagineux, du tissu fibreux, du tissu élastique, là où ces tissus ne se rencontrent pas normalement, le fait est non-seulement possible, mais certain, et s'explique par la parenté, aujourd'hui admise, de ces divers tissus avec le tissu cellulaire que l'on trouve dans presque tous les points du corps; mais que l'organisme crée par aberration hétérotopique un organe parfait aussi composé dans ses éléments chimiques, complexe dans sa structure et sa texture anatomique qu'un os, qu'une dent, que la peau, c'est là une création qui nous paraît encore loin d'être démontrée les preuves à la main.

M. LEGOUEST. Aujourd'hui que les observations d'ovariotomie se multiplient, il serait peut-être possible de déterminer dans quelles conditions il faut employer ou rejeter la suture du péritoine. M. Kœberlé repousse la suture péritonéale ; M. Liégeois l'a mise en usage dans ses deux opérations : quels ont été les motifs de sa pratique?

M. LIÉGEOIS. Dans une première opération d'ovariotomie, laquelle remonte déjà à quelque temps, j'avais fait la suture péritonéale, et il n'y avait eu aucune douleur, aucun symptôme fâcheux, ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la plaie. Enhardi par cet exemple, je l'ai suivi dans ma seconde opération; un résultat pareil m'encouragea à agir de même dans ma dernière ovariotomie; celle-ci fut mortelle, mais la suture ne me paraît pas pouvoir figurer parmi les causes possibles de cette terminaison fatale.

M. HOUEL. Je n'ai fait qu'une seule ovariotomie, mais j'en ai vu faire beaucoup, car un assez bon nombre ont été pratiquées à Paris; ainsi, M. Nélaton compte 17 opérations sur lesquelles il y eut 9 guérisons. Il faut, après l'ovariotomie, chercher à obtenir une réunion rapide de la plaie abdominale; or ce qui adhère le plus facilement, c'est le péritoine, car il y a agglutination après 10 à 12

heures. De plus, la suture du péritoine garantit un peu l'éventration, qui est si fréquente.

M. GUYON. M. Letenneur, de Nantes, a fait 4 ovariotomies et a obtenu 3 guérisons; mais il a pris soin de ne pas réunir le péritoine, suivant en cela l'exemple de M. Kœberlé. J'ai assisté à l'une de ces opérations; la malade a guéri très-vite, et un an après il n'y avait pas d'éventration, bien qu'il n'y ait pas eu de suture péritonéale. Dans ce cas même, cette suture eût été contre-indiquée, car, par suite d'une péritonite antérieure, la séreuse pariétale avait un demi-centimètre d'épaisseur.

M. BLOT. Les faits de guérison apportés ici n'ont aucune valeur pour la solution de la question soulevée par M. Legouest, car le succès dépend de bien autre chose que de la manière dont est faite la suture.

J'ai assisté à la première ovariotomie faite à Paris, en 1849, à l'hôpital Cochin, par M. Maisonneuve, sur une religieuse. Le kyste multiloculaire, sans adhérences, était retenu par un mince pédicule, et cependant la mort survint après 24 heures. La suture péritonéale avait été faite. Une deuxième opération, à laquelle j'ai assité, fut faite par M. Huguier, à Bellevue. L'épiploon renfermait un grand nombre de kystes, adhérant de toute part au péritoine pariétal et au kyste; partout ce n'était qu'adhérences. La malade succomba, et certes la suture employée ne fut pour rien dans les causes de mort.

Dans une opération faite par M. Nélaton, et à laquelle j'ai assisté en compagnie de M. Boinet, la suture du péritoine fut faite, contrairement à la pratique de M. Kœberlé; cependant la malade guérit, et il y avait dans ce cas bien des motifs pour croire à un insuccès. En effet, il avait fallu déterminer des adhérences, et lorsqu'on voulut faire la toilette du péritoine, afin d'éviter tout suintement de sang, nous passâmes les intestins en revue. M. Nélaton tirait hors du ventre chaque anse intestinale l'une après l'autre, nous l'examinions, et ainsi qu'on l'aurait fait dans une autopsie, après les avoir passées comme à la filière, je les réintroduisais dans le ventre. Le paquet intestinal resta quinze à vingt minutes à l'air, renversé, étalé sur l'abdomen de la malade, et cependant il n'y eut ni fièvre ni accidents.

Si les succès ne jugent pas la question de l'utilité de la suture péritonéale, l'existence de l'éventration consécutive ne la juge pas davantage; car, bien que la suture du péritoine ait été faite quelque temps après la guérison, la malade éprouva des douleurs abdominales assez vives, et, de crainte d'une éventration, non-seulement

elle dut porter une ceinture, mais elle fut forcée de déménager pour aller habiter un premier étage, l'ascension d'un troisième étage lui faisant craindre les effets de la faiblesse des parois abdominales.

M. TILLAUX. La suture péritonéale protégerait, d'après M. Houel, la malade contre le danger d'une éventration; or, c'est précisément pour empêcher l'éventration que M. Kœberlé évite de suturer le péritoine.

En effet, si on conduit la suture à 1 centimètre du bord de l'incision faite à la séreuse, le péritoine se relève, s'accole à la lèvre voisine de la plaie péritonéale, s'insinue entre les divers plans musculaires et aponévrotiques, et vient presque répondre à la face profonde de la peau. Au contraire, ne prenant pas le péritoine et en conduisant obliquement l'aiguille à travers l'épaisseur de la paroi abdominale, on affronte muscle contre muscle, tissu cellulaire contre tissu cellulaire, peau contre peau, et l'abdomen conserve toute son épaisseur au niveau de la plaie, au lieu d'être réduit à une ligne cicatricielle ne comprenant guère que le péritoine et la peau.

Si l'on n'imite pas la conduite de M. Kœberlé, c'est que le mode de suture n'est pas une condition *sine qua non* de succès; ce qu'il importe au-dessus de tout, c'est qu'il ne reste rien dans le ventre, ni sérosité de kyste, ni liquide sanguin. Du reste, il est fort possible que la piqûre du péritoine soit nuisible, par cela seul qu'au niveau de chaque piqûre il peut se faire dans le ventre un léger suintement sanguinolent.

M. HOUEL. L'objection faite par M. Tillaux ne me paraît pas fondée. Le péritoine a une certaine laxité, il glisse sous le tissu cellulaire sous-jacent, se fait en quelque sorte sa place, et ne vient pas fatalement s'interposer entre les lèvres de la plaie. Dans les opérations auxquelles j'ai assisté, dans celle que j'ai pratiquée, le muscle répondait au muscle, l'aponévrose à l'aponévrose, la peau à la peau. Du reste, quand les parois abdominales ont une grande épaisseur, on peut pratiquer deux sutures: une profonde sur le péritoine, une plus superficielle, comprenant le reste des tissus qui forment la paroi abdominale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1869

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Sud médical*; — Le *Bulletin médical de l'Aisne*, 1869, n° 2.

— *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, pour l'année 1868-69, par M. Challier, vice-secrétaire.

— *Deux observations d'ovariotomie*, par le docteur Jouon, de Nantes. — Brochure de 8 pages.

— *Amputation sus-malléolaire*. — *Note sur un cas d'enchondrôme très-volumineux de la région sous-malléolaire*. Deux brochures par le docteur Caradec, de Brest.

— M. le docteur Reliquet adresse à la Société le premier fascicule de la seconde partie de son *Traité des opérations des voies urinaires*.

— M. Tillaux communique une observation de *fracture du crâne*, adressée par M. Deroyer. — Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Perrin et Tillaux.

COMMUNICATION

M. PERRIER lit un travail intitulé : *Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien et d'une grenouillette sub-linguale*. — *Injection du kyste*. — *Disparition successive des deux tumeurs*. (Commissaires : MM. Forget, Tillaux, Labbé.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESPRÈS. J'ai pu vaincre les répugnances de deux de mes malades, et je vous présente comme des exemples de guérison de syphilides par le traitement tonique et une bonne hygiène.

La première malade, âgée de 21 ans, salle Saint-Bruno, n° 29, de-

puis six mois et demi porte, ainsi que vous le voyez, des macules brunâtres sur la face et le corps; ce sont là les traits d'une *syphilide tuberculeuse*, qui a débuté le 16 juin dernier, a suivi son cours, et est aujourd'hui presque entièrement guérie; dans un mois, il n'y aura plus de traces de mal. C'est vous rappeler que je vous ai dit que ces syphilides duraient normalement six mois. La lésion de cette malade était de même nature que celle du malade présenté par M. Liégeois, et qui est encore dans son service, et pourra nous être montré après un traitement mercuriel de huit mois à Saint-Louis et de cinq mois au Midi.

Cette malade était entrée dans mon service, anémique, avec des plaques muqueuses de la vulve; elle avait, en outre, quelques papules sur le corps. Cette fille avait eu la syphilis, dit-elle, il y a deux ans, et on lui avait administré 60 pilules de protoiodure de mercure environ, puis des tisanes et des sirops pendant six mois; ce qui n'avait pas empêché la malade d'avoir, deux ans après, des plaques muqueuses. Au mois de juin dernier, la malade a eu de la fièvre rémittente pendant quinze jours : c'était le prélude de la syphilide dont vous voyez la fin.

La seconde malade est encore plus intéressante.

P... (Anna), 25 ans, est aujourd'hui nourrice de son propre enfant, qui a quatre mois passés et se porte parfaitement bien.

Cette malade est aujourd'hui au 23e mois de sa syphilis, n'a jamais pris de mercure et a été traitée exclusivement par les toniques.

Entrée le 25 février 1868 dans mon service, elle avait la syphilis depuis deux mois; elle avait alors des plaques muqueuses de la vulve et une syphilide papuleuse. Traitée par les toniques, les bains salés et sulfureux et la cautérisation, la malade a eu, le 10 avril, un psoriasis palmaire occupant toute la paume des deux mains et les doigts. Trois fois, en mars, mai et juin, la fille P... a eu des récidives de plaques muqueuses de la vulve. A la suite des règles, elles ont guéri chaque fois en huit jours.

La malade est sortie guérie de son psoriasis palmaire le 18 septembre 1868.

Elle est rentrée dans mon service le 12 janvier 1869, avec des chancres mous de la vulve, un bubon suppuré et la gale. Elle était enceinte de trois mois; la malade s'était toujours bien portée au dehors. La malade sort guérie le 20 février.

Elle rentre chez M. Fournier le 1er juin, pour des boutons sur le corps, que j'ai vus, et qui étaient une récidive de la gale avec pru-

rigo. M. Fournier a donné du sirop composé dont la malade a pris une seule cuillerée, et des pilules que la malade n'a pas prises.

Le 15 juillet dernier, la malade est accouchée de ce bel enfant que vous voyez. C'était son premier enfant; elle est accouchée à terme et elle nourrit. Cette femme pourtant n'est pas une merveilleuse nourrice; elle a eu une déviation de la colonne vertébrale dans sa jeunesse; elle a souffert dans son adolescence.

En somme, voilà une malade qui n'a pas pris de mercure, qui, au 10e mois de sa syphilis, devient enceinte. Elle supporte bien sa grossesse sans mercure, elle accouche d'un enfant sain et fort. Si le mercure était bon, je voudrais que l'on n'observât pas des faits aussi nets que celui-ci, où le simple traitement tonique permet de voir d'aussi bons résultats. Rappelez-vous, pour comparer, cette malade dont je vous ai parlé, une femme C... qui, au bout de trois ans de syphilis et de traitement mercuriel, aurait avorté et était paralytique et incurable.

Un dernier mot.

J'attribue au repos et à la bonne hygiène de la malade une partie du résultat que vous voyez. Sur les 23 mois de durée de la syphilis, la malade a paru 13 mois à l'hôpital.

M. LIÉGEOIS. Je ne puis accepter comme une réponse suffisante aux opinions que j'ai défendues, la présentation de ces deux malades; car nous savons tous que, même en l'absence de tout traitement, la syphilis peut guérir, ou du moins que les manifestations syphilitiques peuvent disparaître. Ce que j'ai demandé, ce que je demande, c'est que M. Desprès nous amène ici, et avant tout traitement tonique, une malade atteinte d'accidents syphilitiques, et qu'il nous la représente après l'application, efficace ou non, de son traitement.

Je dois dire à la Société que le malade que je lui ai présenté guéri, après un traitement mensuel par injection sous-cutanée, est en ce moment atteint d'une récidive, qui se manifeste par un tubercule au front et un autre à la jambe. Le traitement mercuriel était interrompu depuis trois mois lors de la récidive, et il avait été remplacé par l'usage du vin de quinquina et des ferrugineux, c'est-à-dire par un traitement purement tonique.

M. DESPRÈS. Le désir de M. Liégeois n'est pas près de recevoir sa réalisation, malgré tous mes efforts. J'ai pu, avec beaucoup de peine, décider deux malades guéries à se présenter dans cette enceinte, mais je désespère de pouvoir vaincre jamais la répugnance qu'éprouve une femme défigurée par des syphilides à se présenter pu-

bliquement devant une si nombreuse réunion. Le malade de M. Liégeois a une récidive, cela ne m'étonne pas, je l'avais prédit à M. Liégeois. Son malade était à la fin d'une poussée; on lui donne du mercure, l'évolution de l'éruption est gênée; on ne donne plus de mercure, l'éruption ressort; cela devait être, d'après ce que j'ai dit à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LEGOUEST. Il y a déjà plusieurs années, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme dont le corps était couvert de kéloïdes cicatricielles innombrables, offrant cette particularité qu'elles ne s'étaient développées que sur les cicatrices survenues postérieurement à un séjour fait par le sujet au Sénégal, les cicatrices organisées antérieurement à ce séjour étant restées à l'état normal.

Voici une tumeur que j'ai enlevée avant-hier chez un jeune officier arrivant du Sénégal, où il a passé trois ans, et que je crois analogue aux tumeurs décrites par Alibert sous le nom de kéloïdes, et pouvant se développer spontanément. Je ne veux pas conclure de ce dernier fait que le séjour des pays chauds prédispose à cette affection, comme il semble prédisposer à quelques autres; je me borne à signaler cette circonstance, que mes deux malades se sont trouvés dans des conditions analogues.

Cette tumeur, du volume du poing, occupait la nuque et s'étendait de la bosse occipitale vers la partie inférieure et latérale droite du cou; son ablation n'a rien présenté de particulier, sinon un écoulement de sang très-abondant, qui cependant ne nécessita aucune ligature, et s'arrêta sous les doigts des aides et quelques bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer largement étendu d'eau.

La plus grande partie de la tumeur est formée par un mamelon saillant de 2 à 3 centimètres au-dessus du niveau des téguments voisins. Au-dessous de ce mamelon principal, on rencontre quelques mamelons secondaires et moins saillants. La tumeur fait manifestement corps avec la peau, aux dépens de laquelle elle s'est développée. Sa surface extérieure est d'un rose pâle et sans traces de vaisseaux; elle est parsemée de cheveux et de poils, assez éloignés les uns des autres et très-adhérents. Elle présente, en bas, vers le cou, une cicatrice irrégulière, résultant d'une opération faite il y a cinq ans, en France, et sur laquelle il m'a été impossible d'obtenir des renseignements précis. Sa consistance générale est dure, élastique,

et n'offre plus de résistance dans les points correspondant aux mamelons signalés. Sa face profonde montre du tissu cellulaire adipeux, et, par places, du tissu musculaire; l'un et l'autre bien distincts de la tumeur, et enlevés avec elle.

Sur une coupe faite perpendiculairement à la partie moyenne de la tumeur, on distingue deux couches : l'une, superficielle, qui forme toute la partie malade; l'autre, profonde, constituée par le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, emporté avec la production morbide. La couche externe a une épaisseur de 15 millimètres dans la partie la plus saillante de la tumeur, et va en diminuant vers les bords, où elle se confond avec la couche profonde de la peau. Sa couleur est blanc rosé, pâle, sans traces de vaisseaux.

On distingue, sur la coupe, les glandes cutanées et les poils qui la traversent dans presque toute son épaisseur, les bulbes pileux se trouvant dans la partie la plus profonde de cette coupe. On distingue de même parfaitement le tissu de la cicatrice résultant de l'opération antérieure; il présente une coloration ambrée et un aspect gélatiniforme.

Une section faite perpendiculairement sur les petits mamelons montre que la tumeur n'est formée que par l'hypertrophie du derme, dont elle a conservé l'aspect : les glandes, les poils et leurs bulbes sont disposés comme nous l'avons dit précédemment.

L'examen histologique du tissu frais ou desséché démontre que la tumeur ne s'est pas développée aux dépens de la cicatrice primitive, mais qu'elle est le résultat d'une hypertrophie considérable de tous les éléments normaux du derme. Aucun de ces éléments ne s'est développé plus que les autres; leurs proportions relatives sont restées les mêmes que dans le derme normal.

Malgré l'apparence bénigne que présente cette tumeur, je ne suis pas sans appréhensions sur sa récidive possible, bien qu'elle ait été enlevée largement dans toute sa largeur et son étendue.

M. BLOT. Les deux malades de M. Legouest avaient été au Sénégal, mais c'est avec grande raison que notre collègue n'a attribué que peu de valeur au séjour dans un pays chaud, quant à la production d'une kéloïde. La seule kéloïde que j'ai vue siégeait sur le poignet d'une jeune fille, qui n'avait jamais quitté Paris. Cette jeune fille guérit après une application du caustique sulfo-safrané, faite par M. Velpeau; mais il y eut récidive sur place, sans aucune altération de la santé générale. La kéloïde ne me paraît pas pouvoir être considérée comme une affection bénigne, puisque la récidive est assez fréquente.

M. LEGOUEST. La fréquence des récidives est connue de tous. Dans un cas où j'avais affaire à une kéloïde du lobule de l'oreille, développée à la suite de la piqûre faite pour passer des boucles d'oreilles, je vis la maladie se reproduire; mais la lenteur de sa marche, la crainte d'une exaspération, m'engagèrent à m'abstenir d'une nouvelle opération. Si sur mon malade j'enlevai la tumeur que je vous présente, c'est que ce jeune homme, âgé de 32 ans, était venu en France dans l'intention de se faire opérer, et que la tumeur causait une difformité des plus gênantes.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas non plus à l'influence des pays chauds. Il semble, dit-il, qu'une disposition constitutionnelle préside à l'apparition de ces kéloïdes; j'ai observé un jeune soldat qui avait reçu un grand nombre de coups de yatagan: chaque blessure était devenue le siége d'une kéloïde. Une femme, observée par moi, avait sur le corps autant de kéloïdes qu'elle avait subi d'applications de ventouses scarifiées. Toutefois cette disposition constitutionnelle ne paraît pas durer toute la vie. Une femme portait au sein une kéloïde survenue à la suite d'une opération; j'enlevai la kéloïde, la guérison fut définitive et il n'y eut pas de récidive.

M. DESPRÈS. A première vue, il m'avait semblé que la tumeur présentée par M. Legouest était bien plutôt un molluscum éléphantiasique; mais il me semble y reconnaître des masses crétacées et des hypertrophies glandulaires; un examen au microscope me permettra de me prononcer plus sûrement dans la prochaine séance.

M. TRÉLAT. A part la cicatrice ancienne, les téguments qui recouvrent cette tumeur me paraissent intacts; les kéloïdes envahissent la surface et la profondeur de la peau; dans celle-ci, la superficie du derme paraît intacte; aussi cette pièce me paraît-elle se rapporter plutôt à une hypertrophie générale du derme.

Pour M. Cruveilhier, les pressions souvent répétées peuvent être cause de cette hypertrophie, peuvent même amener l'apparition de lipômes; la pression du col d'uniforme ne peut-elle pas être invoquée à l'étiologie de cette tumeur, comme cela existe pour quelques cas cités par M. Cruveilhier?

M. LEGOUEST. La tumeur siégeait au-dessus d'un niveau auquel ne peut atteindre le col. Quant à la nature de la tumeur, je rappellerai à MM. Desprès et Trélat que je l'ai présentée comme une hypertrophie générale des éléments du derme.

M. GIRALDÈS. S'agit-il d'une hypertrophie du derme, ou d'une prolifération du tissu cicatriciel? Cette dernière lésion est fréquente

en Europe; les chirurgiens anglais ont observé souvent des kéloïdes à la suite des cicatrices produites par la bastonnade. On l'observe dans les cicatrices des brûlures, chez les enfants scrofuleux; c'est ainsi que j'ai vu, chez une jeune fille, que toutes les égratignures dont elle était couverte avaient donné partout naissance à des kéloïdes. Dans cette prolifération du tissu des cicatrices, on ne trouve ni glandes sudoripares, ni glandes pilifères, et si dans la tumeur que nous présente M. Legouest on trouve, au contraire, tous les éléments du derme hypertrophiés, ce n'est pas à une véritable kéloïde cicatricielle que nous avons affaire.

M. DEMARQUAY. L'existence de récidives sur place nous conduit logiquement à admettre qu'il doit y avoir quelque chose de spécifique dans la nature des kéloïdes. Quant à moi, je me garde d'y toucher, tant je suis convaincu du danger de la répullulation. Ainsi, j'ai refusé d'opérer une dame qui avait la poitrine couverte de kéloïdes, résultant de l'application d'un emplâtre de tartre stibié. Mais, si je suis forcé d'intervenir, je crois nécessaire de dépasser les limites apparentes du mal; c'est ce que j'ai fait en enlevant une partie de l'oreille pour une kéloïde des lobules.

M. TRÉLAT. Il est démontré que quelques tumeurs bénignes formées par l'hypertrophie d'éléments normaux, peuvent récidiver sur place, et même se généraliser; c'est ce qui existe pour les fibrômes, les névrômes, etc. On ne saurait donc se servir de la possibilité de récidive pour donner à certaines tumeurs le caractère de la malignité.

M. FORGET. Les faits invoqués par M. Trélat sont exceptionnels; si les lipomes se sont reproduits sur place, il ne saurait être prouvé que cette récidive est réelle plutôt qu'apparente. Il peut rester une partie de la tumeur, laquelle continue à croître; il peut y avoir aux environs une petite tumeur de même nature, encore en quelque sorte à la période fœtale, laquelle en se développant, en accomplissant à son tour son évolution, peut faire croire à une récidive. Il en est autre chose des tumeurs qui se récidivent réellement, c'est-à-dire se reproduisent sur place, et ce serait manquer aux règles de la logique scientifique, ce serait introduire en nosologie une confusion fâcheuse, que de confondre des tumeurs d'un caractère si différent.

M. TRÉLAT. Notre divergence ne porte que sur l'interprétation des faits, et non sur les faits eux-mêmes. Il suffit qu'on ait cité des cas authentiques de récidive d'une tumeur, pour qu'on puisse faire figurer parmi les caractères de cette tumeur la possibilité de la reproduction.

M. DEMARQUAY. Il ne faut pas confondre les hypertrophies partielles du derme, qu'on observe quelquefois après les brûlures, avec

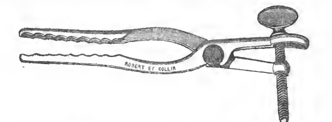
les véritables kéloïdes. Ces hypertrophies peuvent disparaître par le temps et par une bonne médication.

J'ai donné, il y quelques années, d'accord avec M. Nélaton, un certificat à un homme brûlé par un jet de vapeur, et portant une de ces formes d'hypertrophie kéloïdienne. Cet homme obtint une assez forte indemnité, son affection ayant été regardée comme incurable. Cependant, quelques années après, il était guéri.

Tumeur cancroïdale de la main. — M. DEMARQUAY présente une tumeur cancroïdale de la main qui a nécessité l'ablation du premier et du second métacarpiens. L'objet de cette observation est une femme de 60 ans. Il y a cinq ans, elle constata qu'elle portait une petite verrue sur le dos de la main. Il y a dix-huit mois, cette petite tumeur avait le volume d'un franc. Depuis 15 mois un pharmacien a pratiqué cinq cautérisations avec le caustique de Vienne, qui ne fit qu'accroître le mal. En effet, le 14 novembre, au moment de son entrée dans notre service, on trouve, entre les deux derniers métacarpiens (face dorsale), une tumeur ulcérée, à fond grisâtre; les fonds en sont taillés à pic; ils sont grisâtres, verruqueux, assez durs. L'espace interosseux palmaire est rempli par une tumeur arrondie qui se continue avec l'ulcération; elle est du volume d'une noix, de consistance dure, très-douloureuse; le siége d'élancements. M. Demarquay, pour débarrasser cette malade, a dû enlever les deux premiers métacarpiens. Il a eu recours à un procédé qui lui a permis de conserver un petit lambeau palmaire. Les os du carpe étaient tellement ramollis qu'ils se sont laissés couper par le bistouri.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PANAS présente un entérotome dont il a fait usage avec succès dans un cas d'anus contre nature, dans lequel l'orifice fistuleux n'avait



pas plus de 5 millimètres de diamètre. Après avoir tenté à deux reprises et inutilement d'appliquer l'entérotome de Dupuytren, M. Pa-

nas a fait subir à cet instrument les modifications suivantes : les branches, diminuées de longueur, ont notablement allégé le poids de l'instrument, bien que leur épaisseur ait été augmentée. Les branches, s'unissant par une articulation semblable à celle du forceps anglais, peuvent être introduites séparément et avec une facilité beaucoup plus grande.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — *L'Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Marseille médical*.

— *Mal vertébral de Pott, scoliose, nouveau traitement orthopédique*, par le docteur Justin Quintaa, broch. in-8°, 1869.

— M. le docteur Gyoux (de Bordeaux), adresse un travail imprimé sous le titre : *Étude statistique et hygiénique sur la diphtérie cutanée.* — In-8°, Paris, 1869. — J. B. Baillère.

— M. le docteur Ehrman (de Mulhouse), membre correspondant de la Société, adresse une *Étude sur l'uranoplastie dans ses applications aux divisions congénitales de la voûte palatine.* — Mémoire in-4° ayant remporté le prix Barbier en 1867. — Remerciements.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part du conseil du collége des chirurgiens d'Angleterre, un exemplaire du *Calendar of the Royal college of Surgeons of England*, juillet 1869.

Ovariotomie. — M. KOEBERLÉ, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Monsieur le président, je viens de lire dans le compte rendu, de la séance du 17 novembre, de la Société de chirurgie, une communication de M. Liégeois où il est question d'une femme qu'il a opérée avec succès, et que j'aurais déclarée absolument inopérable, en lui recommandant de ne se laisser opérer par personne. Cette assertion est complétement inexacte. J'ai reconnu, au contraire, que la malade était en très-bon état. La tumeur était sans adhérence; elle présentait, ainsi que M. Liégeois l'a lui même constaté, une sensation de frottement vibrotoire très-nette par le déplacement des téguments, ce qui indique toujours une absence d'adhérence dans les points où ce signe peut être constaté. J'ai conseillé, il est vrai, à la malade de ne pas *se faire opérer*, l'ovariotomie n'étant pas indiquée au moment où elle est venue me consulter. La malade était mère de famille; elle était avancée en âge; le kyste avait un petit volume et s'était développé très-lentement; la santé n'était nullement compromise. Intervenir dans ces conditions, c'eût été exposer prématurément la malade aux chances d'une opération. Ce qui prouve qu'il n'y avait pas urgence, c'est que la malade a pu attendre encore plusieurs mois sans inconvénient. Les conditions ayant changé par suite de l'accroissement de la tùmeur, M. Liégeois a bien fait d'intervenir, et je le félicite de son succès, mais j'ai le droit de m'étonner qu'il m'ait attribué gratuitement une opinion si peu conforme à celle que j'avais exprimée. Les personnes qui m'ont vu opérer savent très-bien que je ne recule pas devant les difficultés, mais je ne me laisse pas entraîner à faire une opération par cela seul qu'elle est facile. Il faut avant tout qu'elle soit indiquée.

J'ai fait jusqu'à présent 123 ovariotomies, dont 75 cas seulement ont été publiés. Sur ces 68 cas non publiés, il y a eu 11 morts. Les deux dernières opérations ne datent que de samedi dernier et d'aujourd'hui, mardi. Parmi ces cas, plusieurs sont très-remarquables. J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à la Société de chirurgie une communication plus étendue.

Veuillez, monsieur le président, etc.

Statistique des opérations chirurgicales.

MM. les docteurs Labarre (Verdun), Lagarde (Verdun), Hemelot (Saint-Mihiel), Dupont (Saint-Mihiel), Bénit (Damvilliers), Hucherelle

(Montmédy), Spiral (Montmédy), Japin (Étain), Parisot (Étain), Comon (Longuyon), De Chilly (Vaucouleurs) adressent, par l'intermédiaire de M. Liégeois, le relevé des opérations pratiquées par eux. M. Liégeois y ajoute la liste de celles qu'il a pratiquées à Étain (Meuse).

Kéloïdes.

M. GUÉNIOT. A propos des tumeurs kéloïdiennes, je mentionnerai un fait intéressant que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement chez une jeune dame, d'un tempérament lymphatique. Une succession nombreuse de furoncles s'était produite pendant les premiers mois d'une première grossesse ; ces furoncles, très-variables en volume, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une amande, avaient offert cette particularité que le côté droit du tronc se trouvait seul affecté. Les plus gros, au nombre d'une dizaine, furent ouverts avec la lancette par le mari de la patiente, qui est un confrère distingué. L'éruption s'éteignit dans la seconde moitié de la grossesse; mais les cicatrices des furoncles devinrent le siége d'un développement hypertrophique qui en constitua autant de tumeurs kéloïdiennes. Après l'accouchement, ces tumeurs (dont trois avaient atteint chacune le volume d'une amande), eurent quelque tendance à décroître. Toutefois, elle persistent encore aujourd'hui quoique sept mois se soient écoulés depuis l'accouchement. Elle ne sont accompagnées d'aucune douleur, mais elles provoquent une démangeaison désagréable.

Mme G... (Claudine), âgée de 38 ans, fut traitée par un médecin, en décembre 1860, pour les douleurs arthralgiques de l'épaule, au moyen de la cautérisation transcurrente avec le fer rouge.

Quand elle me fut présentée, en décembre 1861, je constatai onze traînées légèrement obliques dans le sens vertical en arrière de l'épaule droite.

Parmi ces traînées cicatricielles, sept sont dures, saillantes, roses ou violacées suivant l'état de la température ambiante. Leur surface est luisante, elles ont en moyenne une longueur de 8 centimètres et sont douloureuses à la pression. Elles sont le siége d'élancements que la malade compare à ceux d'un abcès qui est sur le point de s'ouvrir.

. M. DESPRÈS. J'ai examiné au microscope la tumeur présentée par M. Legouest. On y trouve, à la coupe, des ilots blancs, durs, formés par un tissu serré blanc. Les glandes sébacées sont augmentées notablement de volume et on les distingue à l'œil nu. A un grossisse-

ment faible, on trouve des éléments fibreux volumineux et présentant la disposition normale du feutrage du derme. Nulle part, il n'y avait d'éléments fibroplastiques ou d'épithélium, les glandes étaient normales sauf l'hypertrophie des glandes sébacées et l'atrophie des glandes sudoripares.

Pour ce qui est de la nature de la tumeur il me paraît qu'il ne s'agit point là d'une kéloïde telle qu'on l'entend dans notre pays. En effet, nous sommes à peu près d'accord pour réserver le nom de kéloïde à une tumeur qui se développe sur les cicatrices. Les auteurs allemands reconnaissent plusieurs lésions capables d'être appelées kéloïdes, en dehors des hypertrophies des cicatrices. M. Virchow, en effet, dit que l'on a compris dans les kéloïdes plusieurs tumeurs de diverse nature.

M. BLOT. Il serait à désirer qu'on pût savoir dans quelques mois ce que seront devenues les tumeurs de la malade de M. Guéniot. Cette femme était enceinte, or nous savons que la femme enceinte est sujette à des hypertrophies qui disparaissent souvent après l'accouchement. L'hypertrophie momentanée du cœur est même une chose normale en quelque sorte. Les recherches que j'ai faites à cet égard, en pesant comparativement un grand nombre de cœurs, ne laissent aucun doute sur ce point. Quant à la nature de la kéloïde, je partage complétement l'avis de M. Giraldès qui en a donné une bonne description, c'est une genèse exagérée des éléments du tissu intestinall.

M. LARREY. Un chirurgien militaire, M. L'honneur, a publié sur la kéloïde une thèse excellente, qui a été un des premiers travaux complets sur la question. J'ai présenté autrefois à la Société une observation de M. Longmoore, qui était un bel exemple de kéloïde survenue après une bastonnade.

M. GIRALDÈS. Si les auteurs allemands ont décrit d'après le microscope les ulcérations anatomiques auxquelles nous donnons le nom de kéloïdes, si Virchow les décrit à l'article sarcomes, il les divise en kéloïdes cicatricielles et kéloïdes spontanées, et la confusion sur ce point est un peu due à Alibert. Aujourd'hui il est bien établi, grâce aux travaux de Longmoore, de Cœsar Hawkins et de Follin, qu'il y a là une hyperplasie et non une néoplasie, et il ne faut pas mêler les maladies des cicatrices avec les tumeurs néoplasiques.

M. DESPRÈS. M. Giraldès et moi sommes du même avis, malgré des dissidences apparentes, mais c'est en France seulement que l'on a bien étudié la kéloïde cicatricielle. Lebert et Follin on bien fait

voir que la kéloïde était un état des cicatrices tel que les bourgeons charnus restent saillants et se recouvrent d'épithélium prématurément. La tumeur est composée d'éléments embryoplastiques et de corps fusiformes, qu'on rencontre dans toutes les cicatrices en voie de formation. Ce qui manque, c'est la rétraction du tissu de cicatrice, la transformation fibreuse fait défaut.

Eu égard aux opinions formulées par les auteurs allemands, je dois dire que depuis Hawkins et Alibert, ils ont cherché ce qui correspondait aux descriptions de l'auteur anglais et de l'auteur français, et ils sont arrivés à dire que ce qui était désigné sous le nom de kéloïde comprenait des sarcomes, des fibromes et des éléphantiasis. Et ceci est si vrai, que dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow, qui résume les travaux allemands, on trouve une mention de la kéloïde à propos de l'éléphantiasis et des fibromes, et à propos du sarcome de la peau.

COMMUNICATION

Blessure de l'artère carotide primitive et de la jugulaire interne par arme à feu.—Anévrysme artério-veineux.— M. VERNEUIL. M. X..., épicier, 40 ans, petite stature, bonne constitution, demeurant à Aubervilliers, fut blessé, le 5 novembre 1869. Après un repas copieux, il se tira lui-même, et par mégarde, un coup de révolver à bout portant. Le choc fut assez fort pour provoquer un peu d'écoulement sanguin par le conduit auditif externe. Cependant, il n'y eut pas perte de connaissance, et le blessé put regagner sa chambre, située à l'étage supérieur.

La plaie ne fournit qu'une minime quantité de sang. M. le docteur Gillon fut appelé le soir même et se contenta de prescrire le repos et des applications froides, ayant remarqué dès l'abord un thrill très-tendue dans la région blessée; il ne voulut rien entreprendre et me fit mander.

Nous vîmes le blessé le lendemain, à six heures, vingt heures environ après l'accident.

Il était demi-assis dans son lit, la tête dans l'extension et la face tournée du côté opposé à la blessure. Celle-ci siégeait au côté droit du cou, à 8 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, à 2 centimètres environ au dessous du point où la carotide primitive se bifurque normalement, et répondait au muscle sterno-mastoïdien, à distance égale de ses bords antérieur et postérieur.

La plaie, petite, mesurant à peine 5 à 6 millimètres de diamètre, était remplie par un petit caillot. Toute la région latérale du cou

était soulevée par un gonflement diffus assez médiocre, mais ne présentait pas de tumeur distincte ni circonscrite. L'application de la main révèle aussitôt l'existence d'un frémissement très-intense dont le maximum répond au point blessé, mais qui s'étend en diminuant jusqu'à l'apophyse mastoïde et jusqu'à la clavicule, régnant d'ailleurs dans une largeur de 5 à 6 centimètres.

L'oreille, appliquée avec précaution, constate un double bruit de souffle très-fort, ou bruit de rouet, présentant la même étendue et la même décroissance que le thrill. La palpation ne reconnaît, d'une manière évidente, ni battement, ni expansion. A la vérité, l'exploration est faite avec les plus grandes précautions, et j'évite toute pression forte à cause de la douleur que provoque le moindre attouchement.

Toute la région du cou est douloureuse, et les mouvements spontanés ou provoqués sont pénibles. Le malade accuse en outre de la dysphagie du côté droit. Il y a de la céphalalgie, un peu de fièvre avec pouls dur et assez fréquent. Le blessé est inquiet et n'a point dormi depuis l'accident.

Le diagnostic n'est guère douteux ; le projectile a traversé obliquement, de bas en haut et de dehors en dedans, la peau et le muscle sterno-mastoïdien, puis il a blessé la veine jugulaire interne et la carotide. Enfin, il s'est probablement arrêté près de la paroi du pharynx, sans pénétrer cependant dans cette cavité, car il n'y a pas eu d'expectoration sanguine. Rien n'indique que le pneumo-gastrique ni le grand sympathique aient été atteints. La plaie artérielle est sans doute peu étendue, car le pouls se sent à la temporale droite avec autant de facilité et de force que du côté gauche.

La veine jugulaire interne paraît dilatée, mais sans mouvements d'expansion.

La gaîne des vaisseaux paraît remplie de sang épanché. En présence d'une telle lésion et aucun accident pressant ne faisant craindre un danger prochain, je me prononçai pour l'abstention et l'expectation attentive.

L'attitude prise par le malade était favorable à l'hémostase. Le muscle sterno-mastoïdien distendu, comprimait l'épanchement sanguin, et la distention elle-même tendait à rapprocher les fibres écartées et rompues par le projectile. Celui-ci, de forme conique, de 7 millimètres environ de diamètre transversal, n'avait fait qu'une voie étroite dont on pouvait espérer la guérison sans suppuration, et qui d'ailleurs, creusée à travers un muscle épais, était peu propre à donner passage à une hémorrhagie.

J'ordonnai l'application continue d'une vessie remplie de glace, l'administration immédiate de l'opium et de la digitale, et au besoin une saignée du bras si la fièvre augmentait. Boissons froides; diète.

Sans instruire complétement le malade de la gravité de sa blessure, je lui fis néanmoins comprendre l'extrême importance du repos absolu, le danger de tout mouvement brusque et de toute ingestion excitante. Je lui annonçai également qu'il fallait un peu laisser à la nature le soin d'enkyster ou d'éliminer le projectile.

En même temps, je donnai des instructions aux personnes de la famille. Au cas où une hémorrhagie surviendrait, j'indiquai le point où il faudrait comprimer en attendant l'arrivée de mon confrère, et nous quittâmes le malade assez inquiets sur l'avenir de notre blessé. En cas d'hémorrhagie, en effet, il ne s'agissait de rien moins que d'aller lier les deux bouts de l'artère et de la veine, opération dont il est inutile de rappeler les difficultés et le péril.

Je m'attendais, d'un moment à l'autre, à être mandé ou à apprendre une catastrophe; il n'en fut rien. La fièvre et l'agitation se calmèrent; la douleur locale disparut, ainsi que la dysphagie; les mouvements du cou redevinrent libres, et, en dépit de tous les conseils, le blessé sortit de son lit le cinquième jour, prétendant ne plus rien ressentir dans le point blesssé.

Je revis M. X... le 14 novembre au matin. Il était levé et faisait sa toilette. J'examinai avec soin le côté droit du cou. La petite plaie était très-réduite; elle était obstruée par un petit caillot sec, autour duquel on voyait un liséré rouge de 1 millimètre à peine de largeur; induration très-limitée du muscle; pas d'autre trace d'inflammation locale. Un peu de douleur à la pression, aux alentours immédiats de la blessure. Point de tumeur ni de soulèvement de la région; point de battement ni d'expansion appréciable à la vue. Le thrill s'étend toujours dans toute la hauteur du cou, mais il occupe une moindre largeur, car il dépasse à peine les bords du sterno-mastoïdien. Il a toujours son maximum au niveau de la plaie, mais devient très-faible de haut en bas.

Le double bruit de soufle est toujours très-intense; il s'entend jusqu'à la base du crâne, puis il dépasse de beaucoup, en bas, la racine du cou; il se propage très-évidemment dans le tronc brachio-céphalique veineux droit, et jusque dans la veine cave supérieure.

Les battements du cœur sont assez lents, mais sont réguliers. En auscultant au niveau de la peau du sternum, on les entend, et simultanément le double bruit de soufle.

La partie droite du cou présente une large ecchymose qui se prolonge en bas, sous les téguments de la poitrine, jusqu'au mamelon gauche, ce qui est dû sans doute au décubitus sur le côté opposé à la blessure, que le malade a conservé plusieurs jours. Je n'ai remarqué aucune dilatation des veines superficielles du cou.

Tel était l'état du blessé onze jours après l'accident. Je ne l'ai pas revu, mais il ne paraît être survenu depuis ni accident, ni modification notable. Quoique incomplète encore, cette observation m'a paru digne de vous être communiquée, car je me propose en même temps de vous demander un conseil. Que deviendra cette lésion? Restera-t-elle au point où je l'ai laissée, ou s'aggravera-t-elle, ou tendra-t-elle vers la guérison spontanée complète. J'incline vers la première supposition et pense que le blessé est dès à présent atteint d'une infirmité permanente. Si elle reste stationnaire, elle sera, il est vrai, très-supportable, car il n'y a actuellement aucun trouble, ni du côté des sens, ni en quelque point que ce soit. Malgré son intensité à l'auscultation, le bruit de souffle n'est nullement soupçonné par le patient, dans quelque attitude qu'il se place, et on ne peut lui faire croire qu'il est atteint d'une affection sérieuse.

Je donnerai plus tard des renseignements supplémentaires, mais je voulais savoir de vous si, comme j'y suis disposé, il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical, ou si on doit tenter l'essai de la compression directe sur le point blessé dans l'espoir d'oblitérer la communication des deux vaisseaux. Je ne crois pas qu'il y ait grande chance de succès; peut-être même cette tentative ne serait pas sans inconvénients; mais comme le moment serait venu d'agir, si on le doit, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour invoquer vos lumières.

M. LÉON LE FORT. Les observations d'anévrysme artério-veineux du cou sont assez rares; cependant il est probable que des projectiles ont dû intéresser plusieurs fois simultanément la carotide et la jugulaire, et que la mort a dû être la conséquence immédiate de l'hémorrhagie; mais lorsque le malade survit aux premiers accidents, il semble que la lésion n'ait ultérieurement qu'une gravité modérée, et dans tous les cas il paraît indiqué de s'abstenir de toute opération, comme l'a fait M. Verneuil. En effet, nous connaissons au moins huit cas de semblables anévrysmes chez des malades observés par Wuillaume (de Metz), Marx, Rufz, Randoph, Joret (de Vannes); chez deux sergents par Larrey père, etc. Marx voulut essayer la compression et détermina des éblouissements qui l'engagèrent à s'arrêter. Randolph, en 1836, lia la carotide. La nuit même, survint du

coma et la mort. Les autres cas traités par l'expectation ne furent pas suivis d'accidents graves, sauf celui de Joret (de Vannes). Le malade mourut quinze jours après la blessure; mais il faut ajouter qu'on retrouva la balle du pistolet dans l'intérieur même de la jugulaire. Du reste, il est très-remarquable de voir l'innocuité relative des anévrysmes artério-veineux comparés aux anévrymes artériels, même quand ils siégent sur de gros vaisseaux.

C'est ce que j'ai déjà eu l'occasion de montrer à la Société, à propos d'un cas d'anévrysme artério-veineux de la sous-clavière, pour lequel M. Letenneur, de Nantes, avait demandé l'avis de la Société. Alors, comme aujourd'hui, j'étais partisan de l'expectation.

M. GUYON. Le malade de M. Letenneur se porte aujourd'hui très-bien. M. Letenneur l'a vu il y a deux ans, à Rome; sa santé était excellente, malgré la persistance de l'anévrysme. Il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière et du tronc veineux brachio-céphalique.

M. GIRALDÈS. Les anévrysmes artério-veineux de la carotide à la partie supérieure et près de la bifurcation de cet artère sont plus rares, et dans ce cas, le développement des veines n'est plus aussi marqué. Je rappellerai l'exemple que j'ai présenté à la Société.

Il s'agissait d'un individu ayant reçu, à la région supérieure du cou, un coup de feu ayant perforé la veine et l'artère. Le projectile était logé entre la carotide et la jugulaire. Au bout d'un mois, le blessé put sortir de l'hôpital.

M. TILLAUX. Je crois, comme mon collègue, que M. Verneuil a bien fait de s'abstenir, car son malade a une varice anévrysmale et non un anévrysme variqueux, et la première variété comporte une intégrité assez complète des fonctions, prédispose trop peu aux accidents graves pour qu'on doive intervenir, sauf les cas de nécessité absolue. Toutefois, si une intervention était jugée convenable, préférerais-je, à tout autre moyen, la compression au-dessus et au-dessous de la communication, méthode qui a donné de beaux succès à M. Vanzetti, tout en reconnaissant que, dans la région carotidienne, ce mode de traitement serait d'une application difficile.

M. CHASSAIGNAC a observé un anévrysme artério-veineux à la jambe par suite de coup de feu. M. Biarnès voulait une opération; on se contenta de l'application d'un bas lacé, qui suffit pour remédier à la gêne résultant de la communication de l'artère et de la veine tibiale postérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel; LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *De la régénération des os sur l'ostéoplastie périosto-médullaire*, par le docteur Brun-Séchaud. Broch. in-8. Limoges, 1869.

— M. le docteur L. Penières adresse, pour le concours du prix Duval de 1870, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des résections du genou.*

Anévrysmes artérioso-veineux de la carotide.—M. GIRALDÈS présente un dessin représentant les lésions anatomiques existant chez un malade dont l'observation a été publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, année 1854. Chez ce malade, blessé par un coup de feu, la balle fut retrouvée entre la carotide et la jugulaire, en communication l'une avec l'autre.

M. GUÉRIN. Dans la dernière séance, M. Léon Le Fort a cité le cas d'anévrysme artério-veineux de la carotide et de la jugulaire publié prr M. Joret, de Vannes. Cette observation, qui a trait à un malade que j'ai parfaitement connu, ne saurait être telle qu'elle existe dans la science. Le malade a vécu, *non pas* quinze jours, mais deux ans.

ÉLECTIONS

Commission pour la nomination de deux associés étrangers :

MM. Giraldès,
Le Fort,
Chassaignac,
Panas.

Commission pour la nomination de quatre correspondants nationaux :

MM. Guyon,
Giraldès,
Le Fort,
Depaul.

Greffe épidémique — M. REVERDIN lit un travail renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Chassaignac, Després.

COMMUNICATIONS

Lithotritie périnéale. — M. DOLBEAU. Messieurs, au mois de janvier 1863, j'ai pratiqué, pour la première fois, à Paris, une opération à laquelle j'ai cru devoir donner le nom de lithotritie périnéale. Mon malade a guéri très rapidement. Au mois d'août dernier, il me donnait encore un témoignage de sa reconnaissance.

Depuis, j'ai eu l'occasion de pratiquer vingt-et-une fois la même opération. Tous mes malades ont guéri, sauf le dernier opéré. Celui-là, je l'ai opéré avec l'asssitance de mon collègue Horteloup ; M. Legouest assistait à l'opération.

Jusqu'ici l'opération de la lithotritie périnéale n'a été pratiquée que par moi, et tous mes efforts pour engager mes confrères à me suivre dans cette voie nouvelle ont jusqu'ici été sans résultats. Pour entraîner la conviction des chirurgiens, j'ai le projet de publier la statistique intégrale de mes opérations.—Aujourd'hui, je veux seulement démontrer, pièces en mains, que la lithotritie périnéale est une opération réglée, et que diverses propositions avancées par moi dans mon *Traité de la pierre* sont aujourd'hui rendues évidentes par l'autopsie.

Mon malade, âgé de 67 ans, opéré pour un calcul volumineux très-dur, allait absolument très-bien lorsque, le huitième jour, il donna les signes d'un dérangement notable dans ses facultés intellectuelles.

Dans la nuit du douzième jour, on le trouvait pendu à la corde de son lit, et le quinzième jour il succombait après avoir refusé de prendre des aliments pendant une semaine.

C'est un mort, mais je crois être dans le vrai en n'imputant pas l'insucès à l'opération seule.

Voici, en quelques mots, les différents temps de l'opération que j'ai pratiquée, c'est-à-dire le manuel opératoire de la lithotritie périnéale :

1° Incision de la peau et du tissu cellulaire dans une étendue de 2 centimètres maximum, depuis la muqueuse du pourtour de l'anus en se dirigeant vers la partie antérieure du périnée, et exactement sur la ligne médiane.

2° Ponction du cathéter dans l'angle postérieur de la plaie.

3° Dilatation graduelle du trajet de la ponction.

4° Dilatation du col de la vessie dans toute l'étendue de l'instrument, c'est-à-dire moins de 2 centimètres de diamètre.

5° Fragmentation de la pierre et extraction de nombreux fragments.

L'opération a été régulière, et tout nous faisait espérer un succès lorsque, par suite de circonstances diverses, le malade a succombé le quinzième jour qui a suivi la tentative opératoire. L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et il me reste à vous démontrer l'importance des faits qui nous sont révélés par la dissection.

Messieurs, on peut voir, sur la pièce que je mets sous vos yeux, les particularités suivantes :

1° La vessie a ses dimensions normales; ses parois sont épaisses, très-musculeuses; la muqueuse est blanche, lisse, ne présente aucune ulcération, aucune déchirure, aucune coloration anormale tenant à une inflammation de l'organe ou bien encore à la présence de sang dans les tissus sous-jacents.

2° Le col de la vessie, et c'est sur ce point que j'attire toute votre attention, le col de la vessie, dis-je, est normal. Quoique le malade soit âgé de 67 ans, l'orifice urétro-vésical a encore sa forme circulaire; la muqueuse qui revêt l'orifice interne de l'urètre est intacte, sans traces de déchirure ni de contusion. Il faut ent'rouvrir cet orifice pour apercevoir la déchirure linéaire de la portion membraneuse de l'urètre, suite prévue de l'application du dilatateur.

Je le dis de nouveau, le col de la vessie est absolument intact, et lors de l'autopsie, nous avons trouvé la vessie remplie d'urine, ce qui démontre que l'orifice était demeuré fermé.

Si vous prenez la peine d'examiner l'urètre et ses dépendances, vous remarquerez :

1° Que l'urètre est intact, depuis le méat jusqu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe;

2° Qu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe, commence une déchirure linéaire, médiane, qui s'arrête un peu avant l'orifice interne de l'urètre ou col muqueux de la vessie. La région membraneuse, déchirée par en bas, offre sa paroi supérieure demeurée intacte.

3° Que le bulbe de l'urètre est sain, normal; l'incision n'a pas intéressé le tissu de cet organe.

4° Que les muscles du périnée sont tous sains; que les vaisseaux ne présentent aucune trace de blessure ou d'inflammation.

Enfin, messieurs, si vous voulez examiner les choses avec soin, vous constaterez :

1° Qu'il y a sur le raphé médian du périnée une incision de 2 centimètres, et que cette incision, qui commence exactement à l'anus pour se porter en avant, ne présente aucune trace d'inflammation.

2° Que de la plaie périnéale ou orifice cutané, part un canal assez régulier qui aboutit au col de la vessie ou orifice muqueux de cette voie accidentelle créée par le dilatateur.

3° Que les parois de ce canal sont, en arrière, la paroi antérieure du rectum demeuré intact; en avant, le bulbe refoulé, puis la paroi antérieure ou supérieure de la région membraneuse.

Ce canal accidentel, qui aboutit à la vessie, mesure environ 6 centimètres; il est tapissé par une couche granuleuse qui aurait fourni les moyens de la réparation de la plaie.

En résumé, messieurs, et sans insister sur les circonstances spéciales au malade, la pièce anatomique que j'ai mise sons vos yeux démontre que la lithotritie périnéale, telle que je la pratique depuis près de dix ans, est une opération régulière et réglée. La pièce justifie les propositions qui font la base de mon opération, savoir :

1° La possibilité de créer une voie régulière de l'anus à la vessie sans intéresser ni le bulbe, ni le rectum, ni le col de la vessie, ni les vaisseaux de la région.

2° La possibilité d'introduire dans la vessie des instruments divers destinés à casser la pierre et à en extraire les fragments sans rompre le col vésical et sans faire cesser la contention physiologique de l'urine dans la vessie.

M. CHASSAIGNAC. Ce que vient de nous dire M. Dolbeau, montre combien il est utile de substituer la déchirure ou l'écrasement à l'emploi de l'instrument tranchant, et la supériorité des procédés qui évitent l'écoulement du sang, en évitant l'ouverture des vaisseaux.

M. GIRALDÈS. La communication de M. Dolbeau nous montre aussi, et nous prouve une fois de plus, combien l'opération de la taille doit être faite en dehors des règles posées dans les traités de médecine opératoire. Quant on fait l'incision le plus bas possible, c'est-à-dire près du rectum, on est frappé de la facilité avec laquelle on rencontre le cathéter. Il y a une vingtaine de jours, dans une opération de taille, je fis une incision du col aussi petite que possible, je le dilatai avec le doigt et je pus, en introduisant des tenettes d'enfant, extraire des calculs aussi gros que des œufs de pigeon. La nécessité d'une petite incision du col et de la prostate est procla-

mée depuis longtemps, et grâce à cette précaution, Martineau sur 70 tailles n'eut aucun cas de mort. La taille médiane d'Allarton, avec écrasement des pierres, est une excellente méthode, mais la modification apportée par M. Dolbeau me paraît heureuse.

M. PERRIN. Je ne puis partager sur deux points l'opinion de M. Giraldès. Le canal est plus difficile à trouver quand on se rapproche du rectum, parce qu'à cet endroit il est plus profondément placé.

En second lieu, il me paraît y avoir une grande différence entre le procédé de M. Dolbeau, qui se rapprocherait un peu de celui de Marianus Sanctus, et les autres méthodes antérieurement suivies. M. Dolbeau ne fait aucune incision au col, tandis que les incisions, quelque petites qu'elles soient, exposent à la blessure des veines du plexus et à la phlébite.

M. TILLAUX. Ce n'est pas du procédé de Marianus Sanctus, c'est du procédé de Jean des Romains que se rapproche l'opération faite par M. Dolbeau. Seulement Jean des Romains faisait une grande incision verticale allant du scrotum à l'anus.

M. DESPRÈS partage l'opinion de MM. Dolbeau et Giraldès, quant à la facilité de trouver l'urètre si l'on se rapproche du rectum. Cet intestin est vide jusqu'au niveau de la prostate, et la paroi antérieure n'est pas, comme on le dit dans les traités d'anatomie chirurgicale, séparée de l'urètre par un espace pyramidal à base inférieure. Pour ce qui est du peu de gravité de l'opération de la taille, je dirai que M. Pope, du Missouri, sur 61 tailles latérales a eu 61 succès, en faisant son incision très en arrière, grâce à la précaution de faire tirer en haut le cathéter.

M. DOLBEAU. Un malade opéré par moi, il y a quelques jours à l'hôpital Beaujon, garde ses urines pendant sept heures.

Kyste de l'ovaire, adhérant à la paroi abdominale, renfermant un liquide fétide et des gaz. — Ouvert à l'aide du chlorure de zinc. — Guérison. — M. DEMARQUAY présente une jeune femme, âgée de 32 ans, réglée à 13 et mariée à 17. Elle a eu deux enfants, le dernier à 11 ans. Il y a trois ans, le ventre a commencé à grossir surtout du côté gauche, depuis cinq mois la malade accuse des douleurs assez vives. Le 15 avril, elle entre dans son service pour une péritonite circonscrite surtout à la partie inférieure de l'abdomen. Le 5 mai, les accidents péritonéaux étant calmés, une ponction est faite dans le kyste de l'ovaire, d'où il s'écoule 3 à 4 litres de liquide fétide mêlé de gaz. La malade ne se

rétablit point; elle reste languissante, avec une fièvre hectique. Le 12 juin, nouvelle ponction, nouvel écoulement de liquide brunâtre fétide. Dès que la tumeur kystique est reformée, c'est-à-dire le 15 juin, M. Demarquay fait sur la ligne médiane une incision qui, partant de quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, s'étend à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne; dans cette incision qui comprend toute la peau et le tissu cellulaire, on place un gros morceau de pâte au chlorure de zinc; cette application détermine une grande escarre comprenant une partie de l'épaisseur des parois abdominales; deux autres applications sont encore nécessaires, mais le caustique porte sur une moins grande étendue. Ces applications ont non-seulement pour but d'ouvrir le kyste, mais aussi d'établir de solides adhérences dans une grande étendue. Le 6 juillet, cinq jours après la dernière application du chlorure de zinc, le kyste ovarique se rompt, et laisse écouler une grande quantité de liquide fétide mêlé de gaz. Afin de ne rompre aucune adhérence, M. Demarquay abandonne l'ouverture de ces sortes de tumeurs à elles-mêmes. On fait une série d'injections détersives avec une solution de permanganate de potasse, et le lendemain matin à la visite, on trouve une masse fongueuse, ramollie, en voie de sortir par la large ouverture faite à la tumeur, on attire cette masse au dehors, et le doigt, introduit dans la cavité de la tumeur déjà revenue sur elle-même, arrive sur le pédicule de cette masse fongueuse gangrenée. Un mouvement de torsion imprimé à ce produit morbide fait qu'il se détache. On s'assure qu'il n'y a plus aucun autre produit morbide dans la poche du kyste et on pratique des injections détersives, soit avec de la teinture d'iode étendue d'eau, soit avec une solution de permanganate de potasse animée d'alcool; cette masse extraite du kyste de l'ovaire fut mise dans une cuvette pleine d'eau, et il fut facile de constater qu'elle constituait un kyste, développé dans le grand kyste de l'ovaire.

C'est la mortification de ce kyste secondaire qui avait amené l'inflammation du kyste de l'ovaire, et qui produisait des gaz par sa décomposition, ce qui donnait au liquide ovarique une si grande fétidité. Dès que ce dernier temps de suppuration fut accompli, tous les accidents cessèrent. La malade reprit son appétit, ses forces revinrent, et on vit le kyste de l'ovaire revenir sur lui-même avec une grande facilité. Bientôt il fut réduit à une toute petite cavité. Sous l'influence des injections citées plus haut, la malade a pu quitter le service le 15 septembre, parfaitement guérie. Actuellement, sa santé n'a jamais été meilleure.

M. Demarquay se demande, en terminant, si la conduite qu'il a tenue dans cette circonstance, et qui était imposée par les circonstances, ne pourrait point être imitée dans certaines conditions. Ne pourrait-on pas, et ne devrait-on pas, dans le cas de kyste uniloculaire de l'ovaire quand il n'est point très-développé, et qu'on a lieu de croire à l'existence d'adhérences, au lieu de recourir à l'ovariotomie, qui présente tant de gravité dans ce cas et si peu de chances de succès, ouvrir le kyste de l'ovaire dans une grande étendue, par l'application de la pâte au chlorure de zinc, et faire ensuite des injections détersives au sein de la cavité kystique. Déjà cette pratique a été mise en usage par plusieurs chirurgiens, et par M. Demarquay lui-même, mais il n'avait point eu recours à une ouverture aussi large. Suivant lui, ce qu'il importe quand on a recours aux caustiques pour ouvrir soit un kyste hépatique, soit ovarique, c'est d'ouvrir largement, afin que les liquides s'écoulent avec facilité et qu'ils ne s'altèrent point, ce qui amène alors une infection putride.

M. BOINET. M. Jouon, de Nantes, a pratiqué une fois une ovariotomie par un procédé analogue à celui suivi par M. Demarquay. Il y a dans la science plusieurs faits antérieurs, que j'ai cités dans mon livre. Houston, en 1701, ayant affaire à un kyste volumineux, l'ouvrit par la potasse caustique. Il incisa l'escarre, mêla les liquides avec un petit bâton, et retira 10 kilogrammes environ de matières semi-solides.

Dans les cas d'adhérences très-étendues, la pratique suivie par M. Demarquay serait préférable à l'extirpation du kyste.

M. DEPAUL. J'avais depuis longtemps l'intention de communiquer à la Société le récit d'une opération semblable, pratiquée dans un cas de grossesse extra-utérine.

Une femme me fut amenée à l'hôpital comme atteinte d'une grossesse anormale. L'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu était depuis longtemps passée, et il me fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Cette femme avait eu plusieurs fois des inflammations péritonéales, et je fus, à l'hôpital, témoin d'une nouvelle atteinte de péritonite. Lorsque la crise fut calmée, je crus devoir intervenir, de peur de voir survenir de nouveaux accidents qui, cette fois, auraient pu être mortels. Je plaçai sur la ligne médiane une traînée de caustique de Vienne, de manière à mortifier la peau dans toute son épaisseur. Après 24 heures, je disséquai l'escarre et appliquai une nouvelle couche de caustique, qui mortifia cette fois les muscles et les aponé-

vroses. Deux ou trois jours après, nouvelle dissection de l'escarre, nouvelle mortification. Le lendemain, par un petit pertuis de la largeur d'une tête d'épingle, je vis suinter un liquide, au milieu duquel je vis des flocons de matière comme savonneuse, que je reconnus pour l'enduit sébacé qui couvre le fœtus. J'agrandis l'ouverture et je constatai directement la présence de l'enfant. J'agrandis de nouveau l'ouverture en haut et en bas, mais avec les plus grandes précautions, pour ne pas dépasser les limites des adhérences; cependant elle restait encore trop petite, car l'enfant avait le volume du fœtus à terme. Avec de forts ciseaux, je sectionnai l'enfant en plusieurs fragments, qu'il me fut ainsi facile d'extraire. La suppuration s'empara de la poche, elle revint peu après sur elle-même, et il ne restait plus qu'une fistule aboutissant à une cavité pouvant loger une petite pomme; la guérison, en un mot, était certaine, si elle n'était pas encore complète, lorsqu'au 18 ou 19e jour après l'opération, la femme mourut en quelques heures du choléra, qui avait éclaté dans l'hôpital et avait fait dans mes salles plusieurs autres victimes.

Le résultat heureux, dès l'ouverture du kyste fœtal par la cautérisation, m'avait frappé, et je me suis demandé si la méthode ne serait pas applicable à l'opération césarienne. Ayant à pratiquer, il y a quelques jours, cette opération, j'avais songé à y avoir recours, et j'avais exposé à ma clinique mes idées à cet égard. J'ai reculé devant quelques considérations, parmi lesquelles se plaçait en première ligne ma répugnance pour des moyens thérapeutiques qui, en dehors de toute tentative antérieure, peuvent même de loin ressembler à de l'expérimentation. L'issue toujours funeste de l'opération césarienne à Paris m'autorise cependant à recourir à la méthode de la cautérisation.

M. DEMARQUAY. J'ai aidé, il y a vingt ans, Récamier à opérer par les caustiques dans un cas de grossesse extra-utérine, mais l'application ne fut pas assez largement faite, et l'insuccès fut probablement dû à cette circonstance. Il y a douze ans, j'ai répété cette opération, également pour une grossesse extra-utérine, et j'ai pu extraire tout le fœtus. Mais dans ce cas aussi, je fis une ouverture qui, bien que large lors de l'application du caustique, ne tarda pas à devenir trop étroite. C'est à cette circonstance que j'attribue l'insuccès de cette opération. Aussi, dans un cas publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, ayant affaire à un kyste renfermant du liquide filant couleur chocolat, j'appliquai sur la paroi abdominale une large traînée de la pâte au chlorure de zinc, j'ouvris et je vidai le kyste,

qui était multiloculaire; il revint peu à peu sur lui-même et la malade guérit. Ces faits sont, du reste, consignés dans la thèse de M. Depaul.

M. GUÉNIOT. L'ouverture a-t-elle été assez large pour qu'on eût la certitude qu'il s'agissait d'un kyste et non d'un hématocèle périutérin?

M. DEMARQUAY. La nature du liquide, lequel était filant et de couleur chocolat, ne me laissait guère de doutes. Ils eussent, du reste, été levés par cette circonstance, que j'ai pu extraire un des kystes inclus, le redistendre et le présenter à la Société anatomique,

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1869

Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDAECE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — La *Revue d'hydrologie médicale.*— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Montpellier médical.* — Le *Sud médical.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.* — Le *Bulletin médical de l'Aisne.*

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, t. III, 2e fascicule, 1868.

— M. Gaillard de Parthenay adresse, avec la liste de ses opérations, une observation de *rupture de l'urètre,* renvoyée à une commission, composée de MM. Houel, Sée et Le Fort.

Statistique des opérations.

M. Lejeal adresse à la Société la statistique intégrale des grandes opérations pratiquées par lui à l'hôpital de Valenciennes.

Polype naso-pharyngien. — Trois opérations. — Guérison. — M. LETENNEUR (de Nantes).— Le nommé C... (Auguste), âgé de 16 ans, demeurant à Saint-Jean-de-Beugné (Vendée), m'est adressé par son médecin à la fin de juillet 1867, pour un polype naso-pharyngien.

Depuis un an, ce jeune homme éprouvait de la gêne dans la respiration et la déglutition et avait constaté lui-même avec le doigt la présence d'une tumeur derrière le voile du palais. Deux épistaxis abondantes avaient eu lieu depuis trois mois.

C... tient continuellement la bouche ouverte pour respirer; l'air ne passe pas par les narines, si ce n'est immédiatement après les mouvements de déglutition.

Lorsque la bouche est largement ouverte, on voit le voile du palais projeté en avant et abaissé par une tumeur que l'œil n'aperçoit pas, mais que le doigt explore avec la plus grande facilité.

Cette tumeur est dure, élastique, à surface lisse, du volume d'un œuf de poule, se rétrécissant à son point d'implantation qui a lieu à la partie supérieure de l'apophyse basilaire, et à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde gauche. Cette tumeur est mobile, on peut la soulever, mais habituellement elle presse sur le voile du palais, et ferme complétement les arrière-narines.

On sent que du côté droit c'est un appendice dépendant de la tumeur, et non la tumeur elle-même, qui ferme l'orifice de la fosse nasale.

Une sonde de femme, introduite dans la narine gauche, permet de s'assurer que le polype est limité à l'arrière-gorge.

Sans avoir une grande confiance dans la ligature, je me décide à y avoir recours, sauf à employer des moyens plus radicaux si cette première opération est suivie de récidive.

L'opération eut lieu le 1er août.

Une anse fermée de fil de fer, recourbée sur le plat, fut introduite dans la narine gauche, et vint faire saillie entre la tumeur et le voile du palais. Cette anse fut attirée dans la bouche, élargie avec une pince à polype, et reportée ensuite en arrière et au-dessus de la tumeur au moyen de l'indicateur de la main gauche. Les chefs furent engagés dans un serre-nœud, qui fut poussé en haut jusqu'au pédicule. La section eut lieu lentement; elle dura dix minutes et ne causa qu'une douleur assez vive à la région temporale.

Examen du polype. — Le polype représente assez bien, comme forme générale, un cœur d'enfant, et mesure dans son diamètre

vertical 7 centimètres, et 5 centimètres dans son diamètre transversal; il est légèrement aplati d'avant en arrière. La surface de section a 4 centimètres de long sur 2 de large.

L'intérieur de la tumeur, examiné à l'œil nu et au microscope, paraît composé de tissu serré et fébrillaire, et présente tous les caractères des tumeurs fibreuses.

Le lendemain de l'opération, le malade mange facilement. L'air passe librement par les narines, surtout par la droite. Le doigt, porté derrière le voile du palais, rencontre la surface de section qui paraît plus étendue que sur la pièce anatomique, et qui fait une saillie d'un millimètre au moins, par rapport avec la muqueuse du voisinage.

Ce fait m'inspira des craintes au point de vue d'une prompte récidive. Cependant, je me décide à n'employer immédiatement ni la rugination ni la cautérisation, et à observer les suites de mon opération.

Le malade partit pour la Vendée le 9 août, et me promit de me donner prochainement de ses nouvelles.

Il revint le 25 décembre suivant, un peu moins de cinq mois après l'opération de la ligature.

Il nous raconta que peu de temps après son retour dans sa famille, les hémorrhagies nasales avaient reparu, et que, peu à peu, la tumeur avait repris un volume notable.

Au commencement de décembre elle soulevait le voile du palais, et on la sentait au niveau du bord de ce voile. La gêne de la déglutition était très-grande. Le malade se disposait à venir à Nantes lorsque, tout à coup, il éprouva dans le pharynx une sensation qui provoqua un mouvement de déglutition, et il s'aperçut avec étonnement qu'il avait avalé une grande partie de son polype.

La respiration devint plus libre, l'état général s'améliora pendant quelques jours, mais bientôt de nouveaux progrès se manifestant dans la tumeur, C... vint me trouver à la fin de décembre.

La tumeur s'était étalée et offrait une base d'implantation bien plus large que la première fois; sa surface libre était inégale, déchiquetée, ce qui trouvait son explication naturelle dans la fragmentation spontanée qui s'était produite quelque temps auparavant.

J'opérai mon malade le 24 décembre 1867.

Une incision, commençant au-dessous du grand angle de l'œil, descendit à l'aile du nez, le contourna et permit de mettre à découvert le bord de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; la lèvre fut fendue sur la ligne médiane; la membrane muqueuse fut

divisée dans le sillon labio-gengival, puis le lambeau fut détaché du maxillaire supérieur au moyen de la spatule, de manière à dépouiller l'os de son périoste.

L'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus maxillaire furent réséquées, ce qui donne une ouverture suffisante pour arriver au polype.

De longs ciseaux courbés sur le plat et guidés par l'indicateur gauche sectionnèrent le polype en rasant les os et en faisant de temps en temps l'office de rugine. Mais la tumeur, un peu molle, ne présentait point une masse assez compacte et assez régulière pour être enlevée d'une seule pièce. Il fallut l'arracher par lambeaux.

A la voûte du pharynx, à la base du vomer et sur l'apophyse ptérygoïde, on sentait des surfaces osseuses, inégales et dénudées en plusieurs points. Au niveau de la fente ptérygo-maxillaire un écartement assez sensible fut remarqué; mais il n'y avait point de portion de polype engagée dans cette direction. Par prudence, un cautère rougi à blanc fut porté sur ce point, et promené ensuite légèrement sur la surface d'implantation.

Trois épingles servirent à réunir la lèvre supérieure, et le reste de la plaie fut fermé avec des sutures simples au moyen de fils d'argent.

La réunion immédiate fut obtenue sur tous les points.

La tumeur présentait les mêmes caractères que la première fois; on voyait à sa surface plusieurs petits mamelons irréguliers, qui seraient bientôt devenus des lobes distincts.

Cette seconde opération paraissait assez radicale pour éloigner toute crainte de récidive. Cependant le 13 août 1868, c'est-à-dire sept mois et demi après cette opération, C... revint encore me trouver. Depuis deux mois seulement il s'aperçoit du retour de sa maladie. La tumeur avait acquis un volume plus considérable qu'au mois de décembre, elle s'enfonçait dans la narine gauche et obstruait la droite; l'introduction du doigt pour cette exploration amena une épistaxis.

L'état du malade était excellent, et les confrères qui le virent alors furent frappés de la régularité de son visage et de la beauté de la cicatrice qu'on apercevait à peine.

Le 17 août, je fais à mon malade une troisième opération. L'incision suit exactement la ligne cicatricielle. Le lambeau labiogénal et le nez sont détachés et soulevés.

La paroi antérieure du sinus maxillaire s'était reproduite au moyen d'un tissu ostéo-fibreux; en enlevant cette paroi, l'ouverture

est insuffisante : en conséquence, avec la gouge et le maillet, je rase, en le conservant, le bord orbitaire ; en bas j'enlève également ce qui reste de la paroi antérieure de l'os maxillaire en ménageant toutefois les racines des dents, sauf celle de la canine qui fut sciée.

L'ouverture ainsi élargie dans tous les sens me permit d'atteindre le polype. Ses attaches étaient peu faciles à délimiter avec le doigt.

Je commençai en dedans vers le vomer une incision pour me frayer le chemin, j'arrachai peu à peu la tumeur en ruginant les os. Les surfaces osseuses furent complétement dénudées et je pus voir alors que le polype avait son implantation sur tout le vomer, sur l'apophyse basilaire, sur l'aile interne de l'apophyse ptérigoïde, et enfin sur le corps du sphénoïde et dans les sinus sphénoïdaux énormément dilatés. Le doigt introduit dans la cavité des sinus sphénoïdaux pénétrait profondément, et il semblait que la selle turcique fût soulevée.

Toutes ces surfaces osseuses, grâce à une rugination très-exacte, étaient entièrement dénudées.

L'opération semblait terminée, lorsque nous remarquâmes un prolongement de la tumeur remplissant la fente ptérigo-maxillaire et y adhérant fortement.

Je dus enlever la lame osseuse qui formait le fond du sinus maxillaire pour mettre ce prolongement à nu, et je ne pus l'extraire qu'après d'énergiques tractions et en ruginant ses insertions en avant de l'apophyse ptérigoïde. Cette portion de polype s'étendait jusque dans la fosse zygomatique ; elle présentait plusieurs petits lobes. La tumeur principale elle-même était très-irrégulière et multilobée. Cependant son volume n'était pas énorme et n'avait pas encore, du moins d'une manière très-appréciable, déformé le visage et déplacé le globe de l'œil.

Bien que les points où s'insérait la dernière portion du polype enlevée me parussent bien dénudés, j'y portai un cautère rougi à blanc ; mais je n'osai pas en faire autant dans le sinus sphénoïdal et à l'apophyse basilaire. Je me bornai à badigeonner fortement toutes ces parties avec du perchlorure de fer.

La suture de la plaie se fit comme à la précédente opération ; la réunion immédiate fut obtenue en quelques jours. Des injections chlorurées furent faites cinq ou six fois par jour pour combattre l'odeur qui incommodait le malade.

La guérison fut très-prompte, puisque le malade retourna chez lui le 29 août, c'est-à-dire douze jours après l'opération.

Depuis ce temps, et tout dernièrement encore, j'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de mon malade. La guérison est parfaite, et après quatorze mois écoulés nous sommes en droit de ne plus craindre la récidive.

Polype naso-pharyngien. — Résection partielle du maxillaire supérieur. — Excision et rugination. — Guérison. — P... (Pierre), de la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entré à la Clinique, le 14 juin 1869, pour un polype naso-pharyngien.

Cet homme a 24 ans, il est domestique dans une ferme.

C'est au commencement de novembre 1868 qu'il a commencé à ressentir les premiers symptômes de sa maladie. Gêne à la gorge et difficulté à respirer par le nez ; bientôt des épistaxis abondantes se produisirent et reparurent avec une fréquence inquiétante pendant cinq mois ; elles jetèrent le malade dans une extrême faiblesse.

Depuis la fin de mars jusqu'au mois de juin, il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui permit aux forces de se rétablir, et nous mit dans des conditions plus favorables pour l'opération.

Cependant, malgré l'apparence de la force, P... est pâle et a tous les caractères de l'anémie.

Le visage est régulier ; il n'y a pas d'exophthalmie, pas de déformation du nez ni de la joue.

L'air ne passe pas par la narine gauche et ne passe qu'incomplétement par la droite.

Il n'y a pas de douleur, mais une gêne continuelle qui trouble le sommeil et rend pénibles les mouvements de déglutition.

L'exploration de la fosse nasale gauche démontre que le polype ne s'y est point engagé, qu'il est tout entier dans le pharynx, et que la narine postérieure paraît très-étroite.

Cet examen d'ailleurs n'a pu être que très-rapide, en raison de la disposition hémorrhagique du malade.

En faisant ouvrir largement la bouche, on voit le polype qui dépasse d'un centimètre et demi le bord gauche du voile du palais, et d'un demi-centimètre le côté droit de la luette ; sa surface est lisse et rosée. Le doigt arrive difficilement aux points d'implantation, qui paraissent mal circonscrits et anfractueux.

L'opération fut pratiquée le 11 juin.

Incision commençant au-dessous du tendon de l'orbiculaire des paupières, descendant vers l'aile du nez qu'elle contourne, en se terminant à la lèvre supérieure qui est divisée sur la ligne médiane.

La lèvre et la joue sont détachées avec le bistouri dans le cul-de-sac buccal, le long du bord alvéolaire. Prenant alors une spatule, je sépare toutes les parties molles de l'os, en comprenant le périoste dans le lambeau.

L'apophyse montante est coupée en haut et en bas, et le sinus maxillaire est largement ouvert.

Il y eut à ce moment une hémorrhagie abondante ; le sang venait à flots de la fosse nasale, du sinus maxillaire et des parties molles. Le tamponnement avec de la charpie et des éponges est inutile, le sang passe à travers et coule d'une manière inquiétante ; il n'en pénètre qu'une quantité insignifiante dans le pharynx.

Le fer rouge est promené dans le sinus maxillaire et sur les contours osseux ; des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer sont introduites dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire. Ce pansement dut être renouvelé plusieurs fois, et ce n'est qu'après vingt minutes d'efforts que je fus maître du sang et que je pus continuer l'opération.

Le chemin pour arriver au polype était insuffisant ; je dus défoncer complétement la paroi externe de la fosse nasale et luxer l'os propre du nez. Malgré cela, la tumeur n'ayant point écarté l'os, le doigt et les instruments n'avaient pour se mouvoir qu'un passage fort étroit ; cependant, je ne crus pas nécessaire de faire de nouveaux délahrements.

Avec de forts ciseaux courbés sur le plat, faisant en même temps l'office de rugine et de levier, je réussis à décoller quelques parties du pédicule vers la base du vomer ; le doigt, par une énergique pression, aidait de temps en temps l'action de l'instrument, et je sentis bientôt le polype céder sur ce point, mais il tenait encore en haut et en dehors. En cherchant à me rendre compte de la position de la portion restante du pédicule, je fus très-étonné en sentant mon doigt s'engager dans une boutonnière formée par deux colonnes charnues fermes et lisses. J'avais affaire évidemment à un polype à plusieurs pédicules. J'eus raison facilement de celui que j'attaquai d'abord et qui semblait s'insérer directement en haut ; mais la tumeur restait solidement fixée en arrière et en dehors, c'est-à-dire à l'apophyse basilaire et à l'apophyse ptérygoïde. Ces dernières incisions n'ont cédé qu'à une énergique rugination.

La tumeur fut extraite par la bouche au moyen d'une pince à griffes.

Je portai alors le doigt dans le fond de la plaie, et je pus m'assurer qu'il ne restait aucune portion de la tumeur : la base du vo-

mer, une large portion de l'apophyse basilaire et l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde étaient dépouillées de leur périoste, du moins en très-grande partie ; en haut, on pénétrait dans le sinus sphénoïdal au milieu de lamelles osseuses brisées.

Je badigeonnai à plusieurs reprises toute cette région avec de petites éponges portées au bout d'une baleine et chargées de perchlorure de fer, de manière à détruire les débris de périoste qui pouvaient encore exister.

Une suture entortillée au moyen de trois épingles réunit la lèvre supérieure. Pour le reste de la plaie, je me servis de la suture entrecoupée avec des fils d'argent.

Le malade, quoique très-affaibli, se rendit à pied à son lit.

Examen de la tumeur. — Comme dans l'observation précédente, la tumeur avait assez exactement la forme d'un cœur ; sa base, placée en haut, porte trois appendices, c'est-à-dire trois pédicules.

Le corps a plus de hauteur en arrière qu'en avant ; dans ce dernier sens, la hauteur est de 4 centimètres ; elle est de 4 centimètres et demi en arrière. La largeur est de 4 centimètres et l'épaisseur de 3.

Les trois pédicules sont très-distincts entre eux. Deux sont placés avant le troisième, plus volumineux que les autres, et sur un plan postérieur.

Entre les deux premiers et le dernier, se trouve une cavité de 1 centimètre au moins de profondeur, pouvant contenir l'extrémité du doigt. Cette cavité est bordée par des replis de la membrane externe de la tumeur, véritables replis valvulaires.

Des deux pédicules antérieurs, l'un, qui n'a que 1 centimètre et demi de longueur, s'insérait au vomer ; l'autre, qui est très-long, s'insérait dans le sinus sphénoïdal ; il est arrondi comme le petit doigt, mesure 4 centimètres dans sa portion libre, puis il vient se placer au-devant de la base de la tumeur en s'incurvant vers la gauche ; par sa portion oblique, qui a deux centimètres de longueur, et qui se termine par une extrémité arrondie, ce pédicule adhère au polype, sur lequel il semble s'être greffé après coup. Il paraît avoir été primitivement un polype indépendant de l'autre.

Quant au troisième pédicule, qui s'insérait surtout à l'apophyse basilaire, il est le plus volumineux ; il a 3 centimètres de long et 1 centimètre et demi de large. La surface d'implantation était très-étendue.

La structure de la tumeur est franchement fibreuse dans toutes ses parties.

Les suites de l'opération furent assez simples; cependant, pendant les deux premiers jours, il s'écoula par la narine et par la bouche une notable quantité de sérosité sanguinolente colorée en noir par le perchlorure de fer.

Cet écoulement devint ensuite purulent et fétide, ce qui nécessita de fréquentes injections.

La réunion eut lieu par première intention; mais, par prudence, je fis, après l'enlèvement des épingles, une suture sèche au collodion. Le malade, peu intelligent, faisait continuellement des tractions sur la lèvre et aurait pu détruire la cicatrice. Il quitta l'hôpital le quinzième jour après l'opération.

J'ai revu P... à la fin d'octobre. Sa santé est excellente; son visage est coloré, et il n'y a plus de trace d'anémie. La cicatrice est à peine visible en haut; mais, à la lèvre, un défaut de niveau de 1 millimètre à peine a été causé par les tractions que le malade a exercées pendant les premiers jours. Cette légère imperfection dans le résultat extérieur mérite à peine d'être notée.

En introduisant le doigt derrière le voile du palais, je trouve cette région libre; cependant, en haut et en dehors, la membrane muqueuse paraît avoir plus d'épaisseur que du côté droit. Serait-ce l'indice d'une récidive? Espérons qu'il n'en sera rien.

L'air passe librement par les narines. La voix n'est point altérée, la déglutition est facile. Le seul inconvénient causé par l'opération, c'est l'impossibilité pour le malade de siffler, ce qu'il avait coutume de faire en conduisant ses bestiaux à l'abreuvoir.

En présence d'un polype naso-pharyngien, le chirurgien éprouve toujours un certain embarras pour le choix du procédé opératoire auquel il doit avoir recours. Les indications peuvent varier beaucoup, et quel que soit le parti qu'on adopte, on doit toujours s'attendre à de sérieuses difficultés.

Lorsque je publiai l'observation d'un polype naso-pharyngien, dont j'ai obtenu la guérison en 1856, au moyen de la *fragmentation par une pince à écrasement*, je faisais ressortir les avantages de ce procédé qui évite toute mutilation, mais exige de la part du chirurgien et du malade beaucoup de persévérance, parce que le traitement est long lorsque le polype est volumineux et a envahi la fosse nasale, ainsi que cela avait lieu chez mon malade.

Ce traitement, auquel M. Legouest a eu recours en 1866, ne peut donner de bons résultats que lorsque le pédicule n'est pas trop large. Il faut, en outre, que le pédicule soit non pas seulement *coupé*, mais *arraché complétement*, pour qu'on soit à l'abri de la récidive. Or, ce

résultat ne dépend nullement du plus ou moins d'habileté de l'opérateur. C'est pourquoi, malgré la guérison si complète obtenue par moi, je considérerai toujours la méthode à laquelle j'eus alors recours comme une méthode d'exception, mais comme une méthode très-utile dans certains cas donnés.

L'expérience que j'ai faite sur mon second malade me prouve que c'est avec raison qu'on a renoncé généralement à la ligature, à moins qu'on ne la fasse suivre de la rugination.

La rugination elle-même ne met à l'abri de la récidive que lorsqu'elle est bien complète. Il suffit de quelques débris de périoste pour que la tumeur se reproduise. La seconde opération, pratiquée sur le jeune C..., en est la preuve; l'éradication paraissait complète sur tous les points, et j'avais eu recours, par précaution, à la cautérisation.

La guérison du polype ne peut donc être assurée qu'au prix de la destruction entière du périoste qui lui a donné naissance; et pour cela, il faut avoir recours, comme le dit M. Michaux, à l'excision, à l'arrachement, à la rugination et à la cautérisation.

Les opérations préliminaires destinées à rendre le polype accessible aux instruments devront varier selon le volume de la tumeur et les désordres qu'il aura occasionnés dans le squelette de la face. Mais, en règle générale, on doit limiter autant que possible les mutilations, surtout lorsqu'elles laissent après elles des troubles fonctionnels ou des difformités extérieures.

L'incision du voile du palais et l'excision de la voûte palatine altèrent le timbre de la voix, gênent la déglutition, et ces inconvénients ne peuvent pas toujours être combattus efficacement par les appareils prothétiques.

La résection partielle du maxillaire supérieur, en conservant la voûte palatine, paraît le moyen le plus convenable pour arriver au polype, et lorsqu'on a soin de laisser dans le lambeau le périoste qui recouvre la face antérieure de l'os, il se forme une cicatrice ostéo-fibreuse qui comble suffisamment la perte de substance.

On a vu que chez mon dernier malade j'ai été obligé non-seulement de réséquer le maxillaire, mais de luxer l'os propre du nez. Les indications peuvent varier beaucoup, et il est des cas où, à la résection du maxillaire, on pourra préférer le lambeau ostéo-cutané nasal de M. Ollier, ou l'un des divers autres procédés conseillés tour à tour.

Je n'ai point eu la pensée d'employer chez mes malades la galvano-caustique, qui n'offre pas plus de sécurité que les moyens chi-

rurgicaux ordinaires, et qui pèche par le défaut de simplicité. On peut faire ce dernier reproche à l'électrolyse, méthode qui est encore à l'état d'expérimentation, et dont la valeur réelle ne peut pas être suffisamment appréciée.

Après avoir préconisé avec trop de complaisance autrefois les grandes mutilations, on tend aujourd'hui avec raison à les éviter, ainsi que le démontrent les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie en 1866. Mais on ne paraît pas avoir attaché assez d'importance au choix des incisions extérieures qui, dans certains procédés, mériteraient bien aussi le nom de mutilations.

Le procédé employé chez les deux malades dont je viens de donner l'observation me paraît devoir être préféré à tous ceux qu'on emploie habituellement.

J'ai insisté sur les avantages de ce procédé lorsque j'ai publié ma première observation de polype naso-pharyngien, en 1856; je l'avais déjà adopté depuis plusieurs années, et depuis ce temps, j'ai eu très-fréquemment l'occasion d'y avoir recours pour la résection ou l'ablation complète du maxillaire supérieur. Voici en quoi il consiste :

Une incision partant du tendon de l'orbiculaire des paupières descend directement sur l'aile du nez et la contourne; la lèvre supérieure est coupée sur la ligne médiane; on pénètre dans la fosse nasale en rasant le bord interne de l'apophyse montante.

On détache le lambeau, en y comprenant le périoste, lorsqu'il ne s'agit pas d'une tumeur qui a compromis l'intégrité de cette membrane. En soulevant le lambeau avec un crochet mousse, on peut atteindre facilement le bord de l'orbite, décoller le périoste de cette cavité et passer la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire.

Lorsque le maxillaire est le siége d'une tumeur qui soulève les téguments, il est nécessaire de faire une petite incision complémentaire qui, partant de la partie supérieure de la première, vienne se confondre dans les plis de la paupière inférieure.

Avec cette manière de procéder, on ne coupe aucun filet important du nerf facial, et la cicatrice est à peine apparente.

Lorsque je compare mes opérés à ceux auxquels on a pratiqué soit l'incision de Velpeau, soit les incisions de Gensoul plus ou moins modifiées, je ne suis pas tenté de changer ma manière d'agir.

Aujourd'hui, les incisions multiples trouvent leur excuse dans la pensée émise par M. Verneuil, de terminer toute l'opération pen-

dant l'anesthésie, et d'éviter l'écoulement du sang dans le pharynx et dans la bouche. Les préceptes du savant président de la Société de chirurgie ont été suivis en 1868 par M. le docteur Thomas (de Tours) dans une opération habilement conduite, et qui a été l'objet d'un rapport de M. Verneuil à la Société de chirurgie.

J'avoue que la lecture de ce rapport de M. Verneuil ne m'a pas converti.

On ne peut que dans des cas exceptionnels, malgré les précautions indiquées, prévenir l'écoulement du sang dans le pharynx pendant les derniers temps de l'opération. D'un autre côté, l'hémorrhagie, lorsqu'elle a lieu, se produit plutôt vers l'extérieur que vers la gorge, ainsi que je l'ai observé chez mon dernier malade. Malgré cela, j'aurais été fort inquiet si ce malade eût été sous l'influence du chloroforme pendant cette hémorrhagie.

Le procédé recommandé par mon savant collègue ne me paraît donc acceptable que dans un nombre de cas fort restreint. Il ne met pas toujours à l'abri des dangers de l'hémorrhagie, mais il a le mérite, lorsque tout se passe selon le vœu de l'opérateur, de soustraire le malade à de grandes souffrances.

Cet avantage est malheureusement compensé par des cicatrices très-apparentes, qui détruisent l'harmonie et la régularité du visage. Les *douleurs passent*, les *difformités restent*.

M. CHASSAIGNAC. L'ablation de deux plateaux du maxillaire supérieur donne une voie suffisante pour pénétrer jusqu'au polype; aussi faut-il rejeter l'ablation complète du maxillaire supérieur. Quant aux incisions qui, partant de l'angle de l'œil, suivent l'aile du nez et divisent la lèvre supérieure sur la ligne médiane, je les ai inaugurées depuis longtemps, et dans un cas où j'ai opéré de cette manière, en rejetant le nez tout entier du côté gauche, le polype envoyait des prolongements dans les sinus frontaux et maxillaires.

M. ALPHONSE GUÉRIN. J'ai eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, le petit malade présenté par moi il y a trois ans à la Société; c'était la première fois qu'on ruginait la base du crâne sur une certaine étendue. La guérison est restée complète.

M. GUYON fait un rapport verbal sur le travail suivant de M. Reverdin.

Greffe épidermique. — Expérience faite dans le service de M. le docteur Guyon, à l'hôpital Necker. — Messieurs, la communication que j'ai l'honneur de faire à la Société de chirurgie a trait à une question de pathologie bien vulgaire, en appa-

rence bien connue, mais qui présente cependant encore quelques points obscurs et intéressants à élucider. Je veux parler de la cicatrisation des plaies par seconde intention.

Tous les chirurgiens savent que si, dans la très-grande majorité des cas, les plaies arrivées à la période de granulation se cicatrisent par leurs bords, dans quelques cas exceptionnels on voit des îlots d'épiderme se former à la surface d'une plaie, plus ou moins loin de ces bords; que la formation de ces îlots centraux a sur la longueur de la cicatrisation une influence remarquable et bien connue; ils l'abrégent considérablement.

Ce fait constaté et admis, reste l'interprétation; et là-dessus on n'est pas d'accord : les uns, et Biltroth est très-affirmatif sur ce point, croient que toujours alors une mince couche, si mince fût-elle, de la couche profonde de l'épiderme, du réseau de Malpighi, est restée en place quelque part; ils se basent sur ce fait que c'est surtout dans des cas de brûlures qu'on observe la formation des îlots centraux.

D'autres pathologistes ne regardent point ces conditions comme indispensables.

J'ai eu précisément, il y a quelque temps, l'occasion d'observer un fait de cette nature; il s'agissait d'un ouvrier mécanicien qui avait eu le pouce droit broyé; il en résulta la nécessité de retrancher tout ce pouce jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; quand la cicatrisation eut commencé, nous vîmes se former au centre de cette plaie plusieurs îlots épidermiques qui hâtèrent singulièrement le travail de réparation.

Quelque temps après, ayant à observer une plaie étendue dont la cicatrisation était fort lente, me souvenant du malade dont je viens de parler, l'idée me vint de tenter l'expérience qui fait le sujet de cette communication.

Le malade sur lequel elle a été pratiquée est un homme de 35 ans, qui, le 16 octobre dernier, en tombant d'une échelle, essaya de se retenir avec le coude gauche fléchi à une barre de fer; la peau fut coupée au niveau du pli du coude, décollée dans toute son épaisseur jusqu'au milieu de l'avant-bras, et forma ainsi un grand lambeau qui ne tarda pas à se mortifier dans son entier. La surface mise à nu était formée par le tissu cellulaire sous-cutané, et à la partie externe du membre par l'aponévrose, éraillée par places. Cette plaie se mit bientôt à bourgeonner, mais ce n'est que le 14 novembre qu'on commença à distinguer sur ses bords un petit liséré épidermique. Les jours suivants le liséré s'étendit lentement.

Le 24 novembre, je tentai l'expérience suivante : j'enlevai avec la pointe d'une lancette, au bras droit du malade, deux petits lambeaux d'épiderme, en ayant soin de raser autant que faire se pouvait le derme sans l'entamer. Le premier lambeau était très-petit, le second avait à peu près 1 millimètre carré; la petite plaie ne présenta qu'une rosée sanguine.

Je plaçai mes deux lambeaux au milieu de la plaie, leur face profonde appliquée sur les granulations, à une petite distance l'un de l'autre, et je les maintins avec une des bandelettes de diachylon qui servaient au pansement du malade.

Le lendemain, les lambeaux sont restés en place malgré une suppuration assez abondante; ils paraissent un peu gonflés et plus blancs.

Le 27 novembre, les lambeaux sont encore restés en place. Je détache, par le même procédé que la première fois, un lambeau épidermique un peu plus grand (il présente environ 3 à 4 millimètres carrés d'étendue), et je le dispose sur la plaie, à distance des deux premiers.

Le 28 novembre, les trois lambeaux paraissent adhérents, on peut frotter la plaie à leur niveau avec un peu de charpie sans les détacher.

Le 30 novembre, les deux premiers lambeaux semblent plus pâles, comme amincis et paraissent s'étendre sur leurs bords.

Le 1er décembre, les deux premiers lambeaux sont réunis et forment une petite plaque blanche, pâle ; il s'est évidemment formé une petite zone épidermique autour de chacun d'eux.

Le troisième lambeau tient bien; ses bords présentent un petit liséré pâle.

Les jours suivants, ce liséré pâle s'étend de plus en plus en conservant le même aspect; l'îlôt formé par les deux premiers lambeaux réunis s'étend également.

Enfin, le 7 décembre, les trois lambeaux se sont réunis de manière à former un petit îlot blanchâtre, mince, tout à fait analogue au liséré épidermique qui s'est formé sur les bords de la plaie.

Aujourd'hui 8 décembre, on constate que l'îlot s'est notablement étendu depuis hier.

Tel est le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie. J'ai tenu à le faire maintenant afin de prendre date, mais je m'engage à poursuivre mes recherches dans ce sens.

J'aurai à examiner, au point de vue clinique, dans quelles plaies,

à quelle période d'évolution de ces plaies, cette expérience, que je nommerais volontiers greffe épidermique, peut réussir.

En effet, dans une seconde expérience faite sur une plaie non encore en voie de cicatrisation sur ses bords, le lambeau épidermique est resté pendant quelques jours peu adhérent, puis s'est roulé sur ses bords, et a été entraîné finalement avec les pièces de pansement.

J'aurai encore à rechercher jusqu'à quel point cette petite opération peut être applicable et utile pratiquement.

Enfin, j'aurai à étudier autant que possible le processus histologique : Y a-t-il simple effet de contact, de voisinage ? Y a-t-il prolifération des éléments transplantés ?

Voici bien des questions, qui méritent, je pense, quelques recherches que je m'empresserai de faire.

M. TRÉLAT. M. Reverdin, dans son travail, et lors de la présentation du malade de M. Guyon, pensait qu'il fallait attribuer à la greffe la prolifération épidermique. Pour que cette expérience pût avoir une valeur tout à fait réelle, il faudrait qu'elle fût tentée un grand nombre de fois, et qu'elle réussît presque toujours. Il faut, en effet, user, sur ce point, d'une très-grande réserve. La formation spontanée d'îlots épidermiques sur la surface de plaies largement étendues et en voie de cicatrisation est un fait assez fréquemment observé, et l'on peut voir chez le malade que je vous présente un semblable îlot cicatriciel, développé spontanément à la surface de cette large plaie de l'avant-bras.

M. GUYON. Une seule expérience ne peut rien prouver, et si M. Reverdin a, sur mon conseil, présenté ce malade, c'était pour attirer l'attention et pour prendre date. La communication de M. Trélat prouve que le but a été atteint et que la question de la greffe épidermique est aujourd'hui posée.

M. TILLAUX. S'il était démontré qu'on pût, sur place, provoquer la formation d'îlots cicatriciels, M. Reverdin aurait rendu un grand service à la pratique. J'ai eu dans mon service une femme qui, à la suite de brûlures, portait à la fesse une plaie ayant quatre fois la largeur de la main.

M. DESPRÉS. Il faut éviter ici une confusion qui par aitpouvoir s'établir : il ne s'agit pas de greffer l'épiderme, mais de souder par autoplastie un lambeau comprenant une partie de la couche superficielle du derme; les cicatrices que porte le malade au point où la greffe soit-disant épidémique a été empruntée prouvent que l'on a pris une portion notable du derme et le corps muqueux dans toute

son épaisseur. La prolifération de l'épiderme seule serait un phénomène si extraordinaire au point de vue hislotogique qu'il faut éviter toute confusion.

M. GUYON. Si la confusion existe en apparence dans le titre du travail, elle n'existe pas dans le travail lui-même. M. Reverdin indique bien qu'il s'agit de l'épiderme doublé du corps muqueux.

M. BLOT. Au point de vue de la pratique, la greffe épidermique ou celle du corps muqueux me paraît sans importance. Enlever un morceau de derme sur le bras ou ailleurs pour le souder à la surface d'une plaie qui suppure et qui se cicatrise peu à peu, c'est, en vue de gagner un peu de temps, exposer le malade, surtout dans nos hôpitaux, au danger d'un érysipèle.

M. LÉON LE FORT. Je partage complétement les opinions de MM. Blot et Després. Les plaies récentes que portait le malade au point où on avait emprunté l'épiderme étaient recouvertes d'une croûte rougeâtre montrant qu'il s'y était fait au moins un suintement sanguin. On n'a donc pas pris l'épiderme seul; on a pris un lambeau comprenant des capillaires et ouvert une porte à l'érysipèle. Quant à l'utilité du moyen, elle est sans importance, même en admettant qu'on puisse jeter çà et là une sorte de semence qui, en germant sur place, donnera des îlots cicatriciels. Cette cicatrice aura, comme toutes les autres, de la tendance à se rétracter, et cette autoplastie ne peut remplacer celle à laquelle on a recours pour empêcher le retrait d'une cicatrice de la paupière ou de la face pouvant amener un ectropion ou une difformité.

M. SÉE. Si M. Reverdin ne prend que le corps muqueux et l'épiderme, l'expérience a, sous le rapport physiologique, plus d'importance que ne lui en donne M. Després, puisqu'il y aurait germination et prolifération d'un tissu qui n'est composé que de cellules, et il s'agirait alors, non pas seulement d'une greffe, mais d'une véritable inoculation.

Discussion sur la lithotritie périnéale.

M. TRÉLAT. J'ai écouté, dans notre dernière séance, avec le plus vif intérêt, la communication de M. Dolbeau sur la lithotritie périnéale, et j'eusse sûrement demandé de suite la parole sur cette importante question si la discussion ne s'était terminée pendant que j'étais occupé par mes fonctions de secrétaire général.

M. Dolbeau nous montrait une pièce pathologique qui permettait

d'apprécier, sinon la marche, au moins la nature et le résultat de son opération, de constater la parfaite intégrité des organes, bulbe de l'urètre et col vésical, qu'il veut ménager. D'autre part, il nous annonçait qu'ayant pratiqué vingt-deux fois cette opération, il avait eu vingt et un succès. On pourrait vraiment dire vingt-deux, l'opération devant être complétement exonérée de la mort du dernier malade.

C'est là un remarquable résultat. Jamais même des chirurgiens n'entendent froidement parler d'une opération qui ne compte pas de revers, et chaque fois qu'un semblable fait se présente à eux, il sont à la fois surpris et entraînés.

Quoique subissant cette influence naturelle, j'ai voulu rechercher ce qui constitue le caractère particulier de l'opération préconisée par M. Dolbeau, en quoi elle diffère d'opérations antérieurement exécutées, et à quoi elle doit ses heureux résultats.

Deux temps principaux composent l'acte opératoire de notre collègue : la création d'une voie en partie artificielle vers la vessie et une lithotritie exécutée par cette voie. Ces deux temps réagissent l'un sur l'autre. La voie artificielle est tracée en vue de la lithotritie ; cette dernière s'exécute aisément par le chemin nouveau. Mais je vois que, sur ce point, notre collègue a eu des prédécesseurs, les uns d'intention, les autres de fait. Depuis le *frangens* ou cassepierre, que Marianus Sanctus redoutait d'employer, bien des projets, bien des tentatives ont été faits pour briser, pendant l'opération de la taille, des calculs trop volumineux. Dans la discussion qui eut lieu il y a deux ans à propos de la communication de M. Borelli, M. Larrey nous rappelait que Bégin avait, en sa présence, exécuté cette opération avec un lithotriteur d'Heurteloup. Dès 1849, M. Bouisson étudiait la possibilité de pratiquer la lithotritie par les fistules périnéales, et dans son remarquable mémoire sur la taille médiane, il publia, en 1858, deux faits où il a combiné la taille et la lithotritie.

Ce n'est donc point la combinaison de la lithotritie avec une taille particulière qui constitue le caractère propre de l'opération de M. Dolbeau.

Reste à examiner la création de la voie artificielle étendue du périnée au col vésical.

En la suivant pas à pas, on voit que notre collègue fait, juste en avant de l'anus, une incision verticale de 25 millimètres; qu'il continue à inciser les tissus, en passant entre le bulbe de l'urètre qu'il laisse en avant, et le rectum en arrière; qu'il arrive ainsi jusqu'à la

portion membraneuse, la ponctionne et la coupe dans l'étendue de 1 centimètre.

Jusqu'ici, c'est une taille médiane, et je n'aperçois d'autre différence qu'une dimension moindre de quelques millimètres, donnée à l'incision extérieure.

Mais à partir de là, les divergences s'accusent. La plupart des opérateurs agrandissent l'incision de la portion membraneuse jusqu'à la prostate, puis coupent le col vésical et la glande, suivant un de ses diamètres, soit avec un bistouri comme Vacca-Bellinghieri, soit avec le lithotome caché, comme le faisait M. Bouisson dans ses premières opérations. D'autres, comme M. Borelli et comme M. Bouisson, d'après sa dernière publication, se bornent à inciser la portion membraneuse, et comptent sur la dilatibilité normale du vol vésical pour l'extraction des calculs ou de leurs fragments. *Elle n'est réellement*, dit M. Bouisson, *que l'opération de la boutonnière prolongée jusqu'à la partie la plus antérieure du col vésical.*

M. Dolbeau reprenant, en la perfectionnant beaucoup, je m'empresse de le reconnaître, la pratique de Marianus Sanctus et de Fr. Collot, qui, l'un et l'autre, se servaient d'un dilatateur, présente, à travers la boutonnière qu'il vient de faire à la portion membraneuse, la pointe mousse d'un instrument conique à six faces, qu'il glisse le long du cathéter jusque dans la vessie. En s'écartant parallélement sous l'action d'un mécanisme simple, les six faces déchirent longitudinalement ce qui est resté intact de la portion membraneuse du canal, dilatent le col vésical et refoulent circulairement tous les organes ambiants, de manière à constituer une sorte de canal cylindrique de 25 millimètres de diamètre.

Si l'idée est ancienne, l'instrument est nouveau, au moins dans son application, et il est juste de penser que les effets du dilatateur de M. Dolbeau doivent être beaucoup plus réguliers et mieux limités que ceux de l'ancien dilatateur.

Quelles que soient les remarques que suggèrent les différents temps de cette opération, il ne faut point oublier que son résultat final est plus qu'encourageant, et la place au rang de celles qui méritent un examen approfondi.

Aussi me suis-je demandé, en y apportant toute l'attention possible, à quoi la lithotritie périnéale doit ses succès.

Je crois qu'elle les doit à ce qu'elle est un procédé de taille médiane, ou mieux, que son exécution intéresse et respecte les mêmes organes que la taille médiane (abstraction faite de l'incision du col, qui n'est pas constante). En effet, dans la discussion relative au tra-

vail de M. Borelli, M. Giraldès, citant plusieurs relevés de tailles médianes, donnait les résultats suivants : à Bristol, 132 opérations donnaient 13 morts; Allarton, ayant opéré 153 fois, ne comptait qu'un mort sur 11 opérés. Un autre relevé, fait suivant les âges, indique, sur 119 opérations de 1 à 70 ans, 6 morts, ou 1 sur 20. Il est vrai que de 70 à 80 ans, la mortalité est de 1 sur 4. Sur 13 tailles, Clot-Bey a 13 succès. Sur 14, M. Bouisson aurait eu 14 guérisons, sans une attaque de choléra survenue le septième jour. Mettons, si vous le voulez, 1 mort sur 14 opérés.

Voilà, si je ne me trompe, d'excellents résultats. Dans leur ensemble, ils ne valent cependant pas ceux de la petite série de M. Dolbeau ; mais j'ignore, quant à moi, quel est au juste le procédé suivi par les chirurgiens anglais, et quoique le pavillon couvre la marchandise, je ne voudrais point affirmer que la rubrique *taille médiane* convienne également à toutes ces opérations.

Il est possible que le second temps de l'opération de notre collègue, à savoir la déchirure de la portion membraneuse et la dilatation du col, vaille mieux que l'incision de ces mêmes parties. C'est là un sujet important d'étude, un point que la clinique et l'observation ultérieure pourront seules dégager, et que je formulerai de la manière que voici : Vaut-il mieux, dans l'opération de la taille médiane, couper la portion membraneuse avec le bistouri, respecter le le col, et compter, pour les manœuvres ultérieures, sur la dilatabilité naturelle de cet orifice, ou bien se servir de l'instrument de M. Dolbeau, dont nous connaissons les effets ?

Telle est, messieurs, l'une des conséquences capitales du débat que nous poursuivons.

Mais il en est une autre dont la valeur est non moins grande.

Beaucoup de chirurgiens, au sein de la Société et en dehors d'elle, ont fait et font des opérations de taille combinée à la lithotritie, ainsi que le montrent les discussions relatées dans nos bulletins de 1867 et la communication récente de M. Verneuil. Mais pour ces opérateurs, ce n'est qu'un moyen de résoudre une difficulté; ils essayent d'abord de l'extraction totale, puis, si la pierre est trop volumineuse, ils la brisent; et il s'en faut que des règles précises guident leur conduite relativement au volume des calculs.

Si je m'en réfère à la communication de M. Dolbeau, au volume présumable du calcul dont il nous a montré les débris, aux indications qu'il nous a fournies sur l'âge de quelques-uns de ses opérés, il me semble qu'enchérissant beaucoup sur les principes exposés dans son livre, il élargit la portée de son opération, et tend à l'em-

ployer dans tous les cas où, la lithotritie urétrale étant contre-indiquée, la taille, quelle qu'elle soit, reste possible.

Dès lors, messieurs, ce serait une réforme complète de tous les anciens procédés de taille, et la lithotritie périnéale se présenterait seule pour satisfaire à toutes les indications de la taille. Mais ici encore je ne saurais oublier ce qu'écrivait M. Bouisson en 1861 (*Tribut à la chirurgie*, t. II, pages 151 et 152) sur l'innocuité de la taille médiane, sur sa très-rapide guérison, sur la possibilité d'extraire avec la litbotritie des calculs volumineux, et enfin sur sa généralisation, sans qu'on puisse toutefois *la substituer irrévocablement à tout autre mode cystotomique*. Je note ce mot : irrévocablement, qui semble bien indiquer que le jugement de l'auteur est établi, dans la presque totalité des cas, en faveur de la taille médiane restreinte aux étroites limites que j'ai tracées précédemment: respect du bulbe, respect du col, incision de toute la partie membraneuse.

Je me résume, et jetant un coup d'œil sur le passé et sur le présent, recherchant en quoi l'opération préconisée par notre collègue ressemble à des opérations plus anciennes, en quoi elle diffère, à quoi elle doit ses résultats incontestablement heureux, je trouve que deux questions subsistent qui appellent les recherches, le contrôle et l'examen des chirurgiens:

Quoique je les aie déjà indiquées, je les reproduis ici sous forme de conclusion.

1° Dans la taille médiane, est-il préférable, après avoir divisé les parties molles extérieures en ménageant le bulbe de l'urètre, de pénétrer dans la vessie par une incision de toute la partie membraneuse, ou bien par la déchirure de cette même portion et la dilatation du col et de tout le trajet par le dilatateur de M. Dolbeau?

2° La taille médiane avec lithotritie ou la lithotritie, périnéale, doivent-elles être étendues à tous, ou du moins à la grande majorité des cas pour lesquels la taille est indiquée ?

Les travaux de M. Dolbeau sont évidemment très-favorables à la solution affirmative de cette dernière question, et je n'éprouve aucun embarras à le dire à son éloge. Qu'il ait suivi ou précédé le mouvement, ou que, l'ayant suivi, il l'ait accéléré, j'abandonne ce détail pour constater, que c'est dans ce sens que d'un pas plus ou moins délibéré, marchent la plupart des chirurgiens. Les noms de MM. Bouisson et Benoît (de Montpellier), Rizzoli (de Milan), Borelli (de Turin), Kelbourne (d'Édimbourg), et bien d'autres que je passe, témoignent que je ne me trompe pas. Parmi nous, M. Verneuil,

M. Giraldès, suivent, à peu de chose près, la même conduite, et je n'hésite pas à me ranger près d'eux, en remerciant M. Dolbeau d'avoir affermi, par sa pratique, des opinions qui sont déjà anciennes chez moi, mais que je n'ai pas pu passer au crible d'une expérimentation aussi serrée que la sienne.

Quant à la première question, si elle est moins importante que la seconde, en revanche elle me semble plus litigieuse. Sa solution ne découle ni de l'évidence, ni des résultats définitifs de l'opération, mais il est certain que le procédé de notre collègue n'est ni dangereux, ni irrationnel; qu'il soutient la comparaison avec les meilleurs des autres, et qu'en conséquence il y a lieu de l'étudier et de le mettre en pratique. C'est ce que je me propose de faire dès que l'occasion se présentera à moi.

M. DOLBEAU. Il est impossible de présenter les choses d'une manière plus séduisante. M. Trélat, dans son argumentation, a su donner un véritable attrait à la question qui nous occupe en ce moment.

M. Trélat voudrait m'entraîner sur le terrain de la clinique, et telle n'est pas mon intention. J'ai inventé, je crois, une opération nouvelle. On aurait pu douter de la réalité de son exécution, et j'ai trouvé l occasion d'en faire une démonstration péremptoire. La pièce que j'ai présentée dans la dernière séance démontrait que, par mon opération, j'avais pu extraire un volumineux calcul, et que le bulbe et le col de la vessie étaient restés intacts. Le fait materiel est évident pour tout le monde, mon but a donc été atteint.

M. Trélat veut me contester la priorité; il m'acorde à peine, ainsi que le faisait jadis Malgaigne, l'invention d'un instrument dilatateur. C'est parce que M. Trélat ne comprend pas très-bien en quoi consiste mon opération qu'il s'efforce de la trouver pressentie, décrite ou exécutée par tous mes devanciers.

Je vais tâcher de bien vous faire comprendre en quoi consiste la manœuvre, et j'espère vous démontrer que l'opération est bien réellement mienne.

Quand on veut parvenir dans la vessie par le périnée, on est forcément obligé d'imiter un peu les autres. Il faut inciser les téguments, il faut rechercher l'urètre, etc; mais, en suivant une voie parcourue bien des fois, on peut encore le faire d'une façon originale.

Lorsqu'on envisage le périnée, on trouve sur la ligne médiane l'anus, puis le bulbe de l'urètre. Ces deux organes sont, en géné-

ral, très-rapprochés l'un de l'autre; il y a même des auteurs qui déclarent que parfois le bulbe est accolé à la face antérieure de l'intestin. Lors donc qu'on fait, au devant de l'anus, une incision médiane d'une certaine étendue, on coupe nécessairement le corps spongieux si le bistouri va plus profondément que l'aponévrose.

Préoccupé d'éviter le bulbe et en même temps le rectum, je faisais autrefois une incision de 4 centimètres, s'arrêtant à 5 millimètres de l'anus. J'incisais lentement, de manière à reconnaître le muscle bulbo-caverneux; puis, à l'intersection de ce muscle avec le sphincter de l'anus, c'est-à-dire en arrière du bulbe, je faisais la ponction de l'urètre à l'origine de la portion membraneuse. Depuis, j'ai pris l'habitude de la chose, j'ai cessé de redouter la blessure du rectum, et j'ai un peu modifié le manuel opératoire tout en arrivant toujours au même résultat; mon incision n'a plus que 2 centimètres, et elle commence immédiatement à l'union de la peau et de la muqueuse de l'anus; en déprimant les tissus dans l'angle postérieur de la petite plaie, je suis certain de rencontrer le cathéter et d'éviter le bulbe.

Lorsque les tissus, refoulés sur le cathéter, ont été simplement ponctionnés et non pas incisés, j'abandonne tout instrument tranchant et je me sers de mon dilatateur. Dès lors, pas d'ouverture de vaisseaux, la voie nouvelle va se faire par déchirure et surtout par refoulement des tissus. C'est ce qu'a bien compris M. Chassaignac lorsqu'il dit que c'est une plaie par écrasement, et c'est ce que M. Trélat n'a probablement pas bien compris lorsqu'il dit que je fais la taille médiane. Je me serai mal expliqué.

Lorsque le dilatateur a exécuté sa manœuvre toute mécanique et mathématiquement calculée, que résulte-t-il de l'action de cet instrument mousse? Messieurs, le résultat obtenu est toujours le même, identique; je l'ai constaté un grand nombre de fois, et ces jours derniers j'en faisais une nouvelle démonstration en présence de notre collègue M. Tillaux. Lorsque le dilatateur est enlevé, il y creuse, dans le périnée, un canal régulier, du volume du doigt indicateur. Ce canal, véritable voie prérectale, est formé par le refoulement des tissus; il commence à la peau et finit au col de la vessie. Ce dernier est intact, mais dilaté à 2 centimètres de diamètre. L'instrument a déchiré linéairement la paroi inférieure de la région membraneuse, mais il a respecté l'orifice urétro-vésical.

Je l'ai dit, le résultat de l'action du dilatateur est toujours le même; il est certain, et c'est en cela que mon opération est nouvelle. On fait bien la taille médiane, mais on coupe souvent le

bulbe ; de plus, en admettant la ponction faite en arrière du bulbe, je ne crois pas qu'on puisse faire, avec un bistouri ou un lithotome, une incision aussi précise, aussi régulière que celle que j'obtiens par le dilatateur. Ceux qui font la taille membraneuse coupent les tissus ; moi, je les refoule ; ils coupent le col de la vessie ; moi, je le dilate. J'ai vu l'hémorrhagie suivre la taille médiane ; elle est impossible dans mon procédé.

J'ajoute que, le col de la vessie restant intact dans la lithotritie périnéale, mes malades conservent leurs urines et ne sont pas sans cesse mouillés, exposés aux eschares, comme le sont les taillés.

Je crois avoir établi que ma manière d'agir est toute nouvelle. Je vous ai démontré la réalité de mes assertions en vous soumettant les pièces anatomiques. C'est à l'avenir de montrer que mon opération vaut autant ou plus que ce qu'on appelle la taille médiane combinée à la lithotritie.

M. DEMARQUAY. Je considère l'opération de M. Dolbeau comme lui appartenant, mais je voudrais savoir dans quelles circonstances il la croit applicable ; si elle s'applique au cas où il n'existe que de petits calculs, elle semblerait vouloir remplacer la lithotritie. Or, quand il n'existe pas de complication, la guérison après la lithotritie est la règle.

Quand on rencontre un calcul de plus de 4 centimètres, il faut faire la taille. Avec l'opération telle que la pratique M. Dolbeau, on peut extraire facilement et sans dangers de pareils calculs. Ayant eu cinq ou six fois affaire à des gros calculs, je me suis servi de tenettes à segmentation pour les broyer sur place avant de les extraire : je n'ai pas été heureux ; et si M. Dolbeau nous donne la possibilité de fragmenter des calculs volumineux dans l'intérieur de la vessie, il nous aura rendu un sensible service. S'il ne s'agit que de petits calculs, la lithotritie périnéale est alors inférieure à la lithotritie.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas dit qu'il fallait abandonner la lithotritie par les voies naturelles pour lui substituer la lithotritie périnéale. Ce n'est pas moi qui soutiendrais une pareille thèse, puisque sur 112 lithotrities, je n'ai perdu que 2 malades ; ce n'est que dans les cas où la lithotritie est inapplicable que j'applique mon procédé. J'ajouterai cependant que, dans certains cas où le calcul était petit, j'ai obtenu des succès si rapides, si complets, qu'on pourrait être tenté d'établir le parallèle avec la lithotritie. Ainsi, un malade âgé de 68 ans a été guéri le lendemain, la plaie s'étant réunie par première intention. Un autre, âgé de 65 ans, était guéri après cinq jours.

M. GUYON. M. Trélat s'est demandé s'il était préférable de dilater le col plutôt que de l'inciser. L'opération, telle que la fait M. Dolbeau, est la taille médiane telle que la faisait M. Bouisson, avec cette différence que la dilatation est faite avec lenteur et de grands ménagements. Ledran montre bien la différence entre la dilatation faite lentement et la dilatation faite brusquement. La taille, telle que la pratique M. Dolbeau, est une dilatation lente, elle ne cause pas de lésion, et je suis, quant à moi, partisan de la dilatation lente.

M. GIRALDÈS. J'ai pris autrefois la défense de la taille médiane, à laquelle je donnais la préférence, à la condition toutefois qu'on employât les tenettes à écrasement pour sectionner les gros calculs. Le procédé de M. Dolbeau diffère de la taille de Marianus Sanctus. Celle-ci consiste à faire une incision dont la longueur ne dépasse pas la largeur de l'ongle du pouce, à plonger un bistouri dans le cathéter cannelé, puis à introduire son conducteur et ses deux dilatateurs.

Douglas emplòya plus tard l'éponge préparée et la gentiane. On lui reproche de déchirer le col. La question de savoir s'il vaut mieux déchirer que couper est une question dont la solution est du domaine de la clinique et de l'expérience.

M. Dolbeau présente 22 observations ; c'est beaucoup, mais ce n'est pas assez ; car il y eut des séries heureuses plus longues que la sienne. Martineau opéra 70 malades sans en perdre un seul. Allarton ajoute à son opération de taille l'usage d'un dilatateur muni d'une chemise, qu'on dilatait par l'air ou par l'injection d'un liquide. L'idée de longer la partie antérieure du rectum a été exposée ici par M. Dolbeau d'une façon qui n'avait encore été établie par personne. Il a donc imaginé un procédé nouveau, mais non pas une méthode nouvelle.

Y a-t-il avantage à opérer sur la ligne médiane? Je réponds affirmativement, car on arrive plus facilement sur le cathéter. Je crois la lithotritie péritonéale préférable quand on a affaire à de gros calculs, mais j'ignore encore si la dilatation est préférable à l'incision ou aux petites incisions multiples.

M. TRÉLAT. Je me suis borné à exposer avec une réserve préméditée les remarques qui me semblaient découler de la communication de M. Dolbeau. Sans quitter cette réserve, je réponds que j'ai attentivement suivi, et que je crois bien avoir compris les explications de notre collègue.

J'ai dit que l'incision de M. Dolbeau ressemblait beaucoup à celle de M. Bouisson. Ce dernier fait une section de la peau, longue de 2

à 3 centimètres, et s'arrête à 1 centimètre de l'anus. M. Dolbeau fait une incision de 2 centimètres et demi, et s'arrête à 5 millimètres de l'anus.

M. Dolbeau prétend pénétrer jusqu'à la vessie sans rien couper. J'en suis supris, puisqu'il se sert du bistouri pour arriver jusqu'à la portion membraneuse et lui faire une incision d'un centimètre.

Notre collègue nous expose qu'il faut des précautions toutes particulières pour ménager le bulbe. Mais depuis longtemps M. Guérin a enseigné un procédé simple pour obtenir ce résultat. Et d'ailleurs, qu'il soit facile ou difficile à atteindre, je ne le mets point en doute quand l'affirmation catégorique et réitérée vient d'un chirurgien honorable; et comme j'ajoute foi à la parole de M. Dolbeau, j'ai la même mesure pour celle de M. Bouisson.

C'est après ces différents temps que les dissemblances s'accusent, et j'ai suffisamment insisté sur le dilatateur de M. Dolbeau pour n'avoir point à y revenir.

M. Dolbeau évoque au benéfice de son opération l'absence d'hémorrhagie, la rapidité de la cicatrisation, le prompt rétablissement du cours normal des urines. Il trace un tableau saisissant des malades opérés par des procédés différents du sien. Il nous les montre baignant dans l'urine qui s'écoule de leur plaie, infects, et bientôt atteints de ces larges et redoutables eschares, dernier supplice de l'agonie.

Mais qu'il veuille bien relire les observations et le mémoire de M. Bouisson, et il retrouvera cette même absence d'hémorrhagie. Il verra que ce ne sont pas seulement des petits calculs, mais des pierres de 6 centimètres de diamètre qui ont été enlevées par ce chirurgien; que, dans beaucoup de faits, l'urine a commencé à couler par le canal trois ou quatre jours après l'opération; que la guérison est presque toujours facile et prompte; que les eschares du sacrum ne sont pas plus fréquentes à Montpellier qu'à Paris, et même il trouvera une observation où le cours des urines était rétabli le lendemain, la plaie sèche le surlendemain, et la guérison complète avant la fin de la semaine. Comme le fait aujourd'hui M. Dolbeau, M. Bouisson s'émerveillait alors et demandait quel procédé de taille pourrait donner un si surprenant résultat!

Notre collègue me dit encore que M. Bouisson n'a opéré que des enfants, tandis qu'il a opéré, lui, des malades de tout âge. La critique n'est point rigoureusement exacte. Mais, le fût-elle, ai-je jamais dit ou même insinué que M. Dolbeau n'ait ni perfectionné, ni élargi le cadre de son opération? N'ai-je donc pas reconnu sa part dans le

mouvement de ce côté de la chirurgie? N'est-il pas bien naturel qu'il soit allé plus loin que ses devanciers, et qu'il ait fait mieux qu'eux? Je ne l'ai pas contesté et ne le conteste pas.

Quand on parle sur des sujets controversés et qu'on cherche à faire la part de chacun, la justice est une rigoureuse nécessité. Dans la question que nous discutons, le souvenir de ce principe tutélaire était pour moi un devoir impérieux.

M. VERNEUIL. J'ai lu le mémoire de M. Bouisson ; j'ai écouté la description du procédé de M. Dolbeau. Les idées fondamentales, nous les trouvons dans les auteurs anciens et dans M. Bouisson; mais il y a quelques perfectionnements véritablement dus à notre collègue. M. Dolbeau pense que presque tous les chirurgiens blessent le bulbe. Je ne sais sur quoi il base son affirmation. Quant à moi, j'ai la persuasion de ne pas blesser le bulbe, et cela n'est pas si difficile qu'on paraît le croire, et j'ai pu, dans deux cas, m'assurer directement qu'il avait été respecté. Il y a douze ans, j'opérais, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme ayant un calcul d'oxalate de chaux. Cette taille fut d'une simplicité extraordinaire, et au quatrième ou cinquième jour, le malade paraisssait guéri, lorsqu'il fut pris de phlébite et d'infection purulente. La plaie faite au col de la vessie était extrêmement petite. Le second fait se passe également à l'Hôtel-Dieu. Le malade avait un calcul engagé dans le col de la vessie. Je le brisai en deux ou trois fragments. Il resta un petit trajet fistuleux. L'opéré mourut cinq ou six mois après de tubercules pulmonaires, et j'eus beaucoup de peine à retrouver, sur le col de la vessie, une trace de l'incision.

La dilatation est-elle supérieure à l'incision? Il est difficile de se prononcer à cet égard, et les statistiques tendent à prouver qu'il n'y a pas grande différence. Le progrès réalisé est dans le retour à la médiane et la pratique de la lithotritie périnéale. C'est en propageant cette méthode que M. Bouisson, et après lui M. Dolbeau, ont rendu des services. J'ai rapporté dernièrement ici un cas dans lequel j'avais pu extraire un gros calcul en pratiquant un débridement sur la ligne médiane et deux petits débridements latéraux. J'ai pu faire sortir ainsi un calcul qui avait 6 centimètres; le malade a guéri sans accidents, et je suis un peu effrayé à l'idée de l'introduction répétée des tenettes, et qui ont été indispensables dans ce cas.

J'ai fait dernièrement à Lille une opération de taille. Le malade avait été soumis antérieurement à des tentatives infructueuses de

lithotritie qui l'avaient mis dans un état très-grave. Lorsque j'eus saisi le calcul, il se brisa de telle sorte que je fis malgré moi une lithotritie périnéale. J'ai dû m'arrêter après avoir retiré un grand nombre de fragments, et cependant le malade en rendit encore ultérieurement vingt-cinq. Ainsi que je l'ai dit, il y a un an, la lithotritie périnéale a fait une révolution dans la pratique de la taille, et je crois qu'en la pratiquant on peut combiner l'incision avec la dilatation par le doigt et le gorgèrent.

M. GUYON. M. Trélat a eu pour but de poser la question et de chercher ce qu'il y a de nouveau dans l'opération de M. Dolbeau. Il me paraît que l'histoire même de la question suffit pour la poser. La taille médiane, telle qu'elle était anciennement faite, a été abandonnée et même réprouvée en raison des dilacérations produites sur le col de la vessie par le mode de dilatation adopté.

Ledran, dans son parallèle, a bien fait voir, par ses observations et ses expériences, quelle était la différence de la dilatation douce et graduelle et de la dilatation violente telle qu'on la faisait à cette époque.

La taille médiane avait été abandonnée, et M. Bouisson a eu le mérite de la réhabiliter. Nous connaissons tous son remarquable travail. M. Bouisson substitue à la dilatation l'incision méthodique du col de la vessie ; il fait d'ailleurs l'incision médiane. M. Dolbeau, en revenant à la dilatation graduelle et douce, fait une manœuvre importante et nouvelle quant à son mode d'exécution. J'ai été très-frappé de voir que, sur la pièce qu'il nous a présentée, le col de la vessie était intact. C'est là un fait important qui m'impressionne vivement, et qui, à mon avis, doit surtout fixer l'attention.

PRÉSENTATION DE MALADES

Luxation récente de la mâchoire inférieure, survenue chez une femme de 85 ans, par suite de la contraction musculaire. — M. PANAS fait voir que ce qui retenait l'os dans sa position anormale, c'était l'enclavement de la mâchoire dans l'espèce de mortaise formée en avant par l'os molaire et en arrière par la racine transverse de l'apophyse zygomatique du temporal. Le ménisque interarticulaire se trouvait attiré, il est vrai, en avant, et en partie interposé entre la face postérieure du condyle et le devant de la racine transverse ; mais cette disposition était loin de rendre compte de la fixité de l'os luxé, attendu qu'une fois l'os molaire enlevé, la mâchoire cessait d'être fixe.

M. Nélaton, en insistant sur le rôle du pilier molaire, avait indiqué l'un des éléments de la luxation. MM. Demarquay et Mathieu, en appelant l'attention sur l'interposition du ménisque, ont fait connaître l'autre élément. Pour M. Panas, les deux sont à la fois nécessaires, à l'effet de produire *l'enclavement* du maxillaire.

M. Panas fait observer, du reste, que les capsules et les muscles étaient intacts, comme c'est la règle en pareil cas.

M. GUYON présente deux malades : l'un guéri d'une large plaie pénétrante du genou, l'autre d'une luxation de l'épaule, réduite après deux mois.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— M. Mourlon, médecin militaire à la Calle, adresse le relevé statistique des opérations pratiquées par lui à l'hôpital de la Calle.

— *Prophylaxie du choléra en Orient*, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre, depuis* 1837 *usqu'en* 1856, par le docteur Rufz de Lavidson.

— *De l'Allaitement artificiel,* par le docteur Dumont (de Caen).

— M. Le Fort dépose sur le bureau deux brochures : *Des Hôpitaux sous tente — La Campagne d'Italie en* 1859. — Remercîments.

— M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital de Lausanne, adresse un travail manuscrit sur l'*Uranoplasie appliquée aux divi-*

sions congénitales, avec trois photographies. (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Perrin.)

— M. le docteur Saint-Vel adresse une lettre dans laquelle il signale la fréquence et la facilité du développement des *kéloïdes chez les individus de la race nègre.*

ÉLECTIONS

M. Guérin est nommé à l'unanimité, moins deux voix, *président* de la Société pour 1870.

Vice-président :

M. Blot	17 voix.
M. Demarquay	6 —
M. Dolbeau	1 —
M. Trélat	1 —
Bulletin blanc	1 —

M. Blot est nommé *vice-président* pour 1870.

Secrétaires :

M. Panas	26 voix.
M. Tillaux	1 —
M. Després	2 —

M. Panas est nommé *secrétaire* pour 1870.

M. Tarnier	17 voix.
M. Tillaux	8 —
M. Després	1 —
M. Sée (Marc)	1 —

M. Tarnier est nommé secrétaire pour 1870.

PRIX DUVAL

M. GUYON, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Tarnier, Panas, Desprès et Guyon, lit le rapport suivant sur le prix Duval :

Messieurs, votre commission chargée d'examiner les travaux en-

voyés à la Société pour le prix Duval a dû prendre connaissance de cinq thèses toutes soutenues à Paris dans le cours de l'année 1869 par des internes des hôpitaux. Ces travaux étaient dans les conditions réclamées par le testateur.

Nous sommes tout d'abord heureux de déclarer que les travaux qui nous ont été soumis sont tous dignes d'attention et se recommandent à la fois par le choix du sujet et la manière dont il a été traité.

M. le docteur Delthil a étudié le traitement des fractures de cuisse et les accidents consécutifs à ce traitement; M. le docteur Lafaurie a fait une étude sur les luxations anciennes; M. le docteur Bourdillat a écrit un volumineux travail sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines ; M. le docteur Bézard a fait des recherches importantes sur l'emphysème traumatique consécutif aux fractures des côtes; enfin, M. le docteur Gadaud a écrit l'histoire d'une affection jusque-là bien peu étudiée : *le Nystagmus*.

Tout en reconnaissant le mérite de ces divers travaux et en aimant à leur rendre publiquement la justice qu'ils méritent, votre commission a dû, dans une première réunion, rechercher quels étaient ceux qui devaient surtout fixer son attention. Après examen de chacune des thèses ci-dessus mentionnées, les recherches de M. Bézard sur l'emphysème traumatique, et l'étude de M. Gadaud sur le nystagmus durent être plus particulièrement réservées à une nouvelle discussion.

Ces deux thèses se distinguent en effet par de sérieuses qualités. M. le docteur Bézard, en étudiant l'emphysème traumatique consécutif aux fractures de côtes, a non-seulement exposé ce qui déjà a été fait sur ce sujet, mais il a institué des expériences qui, de l'avis de votre commission, ont contribué à en éclairer l'histoire.

On sait en effet que des théories contradictoires ou tout au moins un peu exclusives ont été proposées pour expliquer la formation de l'emphysème traumatique qui complique les plaies ou déchirures, intéressant à la fois la plèvre pariétale et le poumon. Je n'ai pas à rappeler à la Société de chirurgie le rôle que Roux et M. le professeur Richet font jouer aux adhérences pleurales pour expliquer la formation de l'emphysème et combien leur théorie s'éloigne de celle de J.-L. Petit, où le rôle des adhérences n'est même pas indiqué.

M. Bézard, en reprenant l'étude de cette question, s'est surtout attaché à bien démontrer que le pneumo-thorax et l'emphysème pouvaient parfaitement coïncider, et que ce dernier accident se

montrait alors même que le poumon n'était retenu par aucune adhérence. Dans les cas où l'on rencontre de l'emphysème sans pneumo-thorax, sans qu'il y ait cependant d'adhérence, M. Bézard, en reproduisant les expériences de Hewson sur les plaies du poumon, a montré que la rapide cicatrisation de ces plaies permettrait fort bien de comprendre que la source de l'épanchement gazeux intra-pleural étant tarie, et que l'air étant poussé dans le tissu cellulaire, le pneumo-thorax n'ait qu'une durée souvent éphémère. M. Bézard, moins exclusif que les partisans de la théorie de J.-L. Petit, est bien loin de nier l'influence des adhérences dans la production de l'emphysème, et leur rôle si efficace et souvent si heureux dans la limitation du pneumo-thorax, qu'elles peuvent même complétement empêcher de se produire.

C'est à l'aide d'expériences bien conduites, ingénieuses et habilement exécutées, que M. Bézard est arrivé à mettre en lumière les faits importants que nous venons de rappeler.

M. Gadaud, contrairement à M. Bézard, n'a pas abordé un sujet souvent étudié et dans lequel il fallait, en présence d'opinions contradictoires, en appeler surtout à l'expérimentation. Il a fait preuve d'une vaillance scientifique certainement plus rare, car il aborde de front un sujet des moins étudiés, une question véritablement ardue.

Le nystagmus n'est guère pour le plus grand nombre qu'une certaine affection étrange sur laquelle s'est quelquefois portée, à propos d'un fait particulier, l'observation de ceux que séduisent volontiers les curiosités pathologiques. Cela est si vrai que la question du nystagmus n'a pas suivi jusqu'à présent les progrès si marqués que les connaissances ophthalmologiques ont réalisés dans ces derniers temps.

Un semblable état de choses n'a cependant pas arrêté M. Gadaud, qui a entrepris l'étude du nystagmus ; il a eu le bon esprit de l'aborder, non en spécialiste, mais en pathologiste désireux de compléter un des cadres inachevés de la pathologie.

Le nystagmus, cette affection bizarre, est en effet un des sujets qui exigent cette association indispensable des connaissances que fournit l'étude générale de la médecine, et les recherches spéciales nécessaires à l'entière compréhension d'un point particulier — association toujours féconde et vraiment capable de fonder le progrès.

Le nystagmus en effet peut être symptomatique ; il peut aussi être simple ou idiopathique. Dans la première partie de son travail, M. Gadaud traite du nystagmus symptomatique.

Les rapports du nystagmus avec diverses lésions des centres ner-

veux n'avaient pas échappé à quelques observateurs; mais M. Gadaud, en profitant des observations publiées, des travaux nombreux que suscite aujourd'hui l'étude expérimentale de chacune de ces lésions, en faisant lui-même des expériences, a donné à cette partie de son sujet des développements inattendus et qui permettent de dire que la question a été traitée d'une façon véritablement nouvelle.

Sans entrer dans l'analyse du travail dont nous parlons, nous devons faire remarquer que, cédant à la tendance qui ramène vers la localisation des fonctions cérébrales, à l'aide d'observations véritablement scientifiques, et qui a déjà produit les remarquables travaux que chacun de nous a présents à l'esprit, M. Gadaud a cherché à bien faire ressortir toute la valeur séméiologique du tremblement oculaire dans les lésions de la partie intermédiaire au bulbe rachidien et à la protubérance annulaire. Le nystagmus symptomatique, bien qu'il n'ait par lui-même aucun caractère spécial de gravité, indique cependant que le centre des fonctions indispensables à la vie est menacé; son pronostic est des plus graves.

Nous sommes bien loin, on le voit, de la simple curiosité pathologique, et le pathologiste ne saurait trop prendre en considération le nystagmus dans certaines conditions déterminées et d'ailleurs bien indiquées par M. Gadaud.

L'étude du nystagmus simple ou idiopathique, plus particulièrement du ressort de l'ophthalmologie, nous a semblé non moins largement et complétement traitée. Elle l'a été surtout dans cet esprit scientifique que notre époque contribuera sans doute à fonder définitivement, et qui veut faire concourir vers un même but les observations fournies par l'observation directe des maladies, les renseignements demandés à l'investigation anatomique et physiologique, et à l'expérimentation.

Dans aucun point de son travail, l'auteur n'a en effet négligé de fournir l'ensemble des preuves qui peuvent être puisées à ces différentes sources.

Ces qualités maîtresses ne manquent certainement pas aux thèses de MM. Delthil, Labarre et Bourdillat. Ces deux derniers travaux sont en particulier très-instructifs et faits avec le plus grand soin. Nulle part encore n'avaient été réunis un ensemble de faits aussi nombreux que ceux que M. Bourdillat a accumulés dans son mémoire sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines.

Cependant, ces travaux si recommandables ne présentaient pas le cachet de nouveauté que donnent à MM. Bézard et Gadaux des ex-

périences probantes et le mérite d'avoir écrit un chapitre de pathologie, encore très-imparfaitement étudié.

Ce sont ces considérations qui fixèrent définitivement l'attention de vos commissaires sur les recherches relatives à l'emphysème et sur l'étude du nystagmus.

Nous devons, pour rester le fidèle rapporteur du travail de la commission, dire que jusqu'au dernier moment l'hésitation a été grande, et que les suffrages se partageaient à peu près également entre les deux travaux que nous vous signalons. Le caractère plus exclusivement chirurgical du mémoire de M. Bézard, le mérite d'avoir bien fait comprendre la cause des divergences d'opinions des auteurs, d'avoir fourni la preuve expérimentale des opinions qu'il soutient, attiraient quelques votes vers le travail sur l'emphysème. Mais si M. Gadaud n'avait pas eu la bonne fortune de faire un travail qui sollicite surtout l'attention des chirurgiens, il avait du moins résolùment abordé et brillamment traité un sujet que nous pourrons désormais étudier dans son ensemble, grâce à ses louables efforts. Il l'avait de plus traité dans toutes ses parties, et ainsi que nous l'avons dit, de la manière la plus scientifique.

Ces dernières considérations ont en définitive fixé le choix de votre commission. Mais en vous proposant de donner le prix Duval à M. Gadaud, nous ne saurions perdre de vue la bonne impression que nous a laissée le travail de M. Bézard; c'est pour exprimer ce sentiment que nous vous proposons d'accorder à M. Bézard une mention honorable.

PRIX LABORIE

M. LIÉGEOIS donne lecture des rapports de la commission sur le prix Laborie.

M. TRÉLAT est d'avis qu'on accorde une partie de la somme au mémoire n° 2.

M. DEMARQUAY appuie la motion.

MM. GUÉRIN, LEGOUEST, LARREY et DOLBEAU sont d'un avis contraire. Comme membre de la commisssion, M. Dolbeau soutient qu'il y a une énorme différence, comme valeur, entre le mémoire n° 2 et le n° 1.

La Société partage l'avis de la commission et accorde par conséquent le prix intégral à l'auteur du mémoire n° 2.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LABBÉ présente un jeune homme qui offre un développement glandulaire de l'une des mamelles depuis son enfance.

Le nommé T... (Vincent), scieur à la mécanique, âgé de 22 ans, entre le 20 novembre 1869, au n° 35 de la salle Saint-Christophe, pour plusieurs contusions sans gravité, particulièrement à l'épaule droite et au côté droit de la poitrine.

L'examen de cette dernière région fait découvrir, à la place normale du sein, une tumeur arrondie présentant les caractères de volume, de forme et de consistance d'une mamelle de femme. Sa partie inférieure, qui a participé à la contusion, est légèrement excoriée et présente du gonflement.

Les contusions disparaissent rapidement. La tumeur mammaire conserve cependant, dans sa partie déclive, un gonflement qui, d'après le dire du malade, augmenterait d'un quart environ son volume primitif.

Voici les renseignements que nous a donnés le malade sur l'apparition et le développement de sa tumeur, ainsi que sur les divers phénomènes qui les ont accompagnés :

« La tumeur est congénitale ; elle a présenté le volume d'une fève jusqu'à l'âge de 5 ans, époque à laquelle elle acquit celui d'un œuf de poule. Elle devint alors ovoïde, bien circonscrite, résistante, légèrement inclinée en bas par son propre poids ; située exactement au niveau du mamelon. Celui-ci, jusque-là parfaitement normal et semblable à celui du côté opposé, s'était alors effacé, élargi et entouré d'un cercle brunâtre de 2 centimètres de diamètre environ, simulant l'auréole.

« Pas de changement notable jusqu'à l'âge de 15 ans. A partir de cette époque, accroissement progressif de la tumeur jusqu'à l'époque actuelle, et avec l'augmentation de volume, élargissement de l'auréole.

« Le malade se rappelle que, depuis l'âge de 12 ou 13 ans, il s'écoulait de temps en temps, sur son mamelon, un peu de liquide qui tachait en jaune et empesait sa chemise. Cet écoulement, qui s'accrut beaucoup vers l'âge de 15 ans (il revenait alors toutes les semaines), s'accompagnait d'un prurit très-vif dans toute la région mammaire.

« Depuis l'âge de 17 ans, l'écoulement diminue graduellement

et se reproduit à intervalles de plus en plus éloignés, d'abord quinze jours, puis un mois. »

Depuis six mois que ce jeune homme habite Paris, il n'a constaté que deux fois une tache large comme une pièce de 50 centimes.

Aujourd'hui, la tumeur est irrégulièrement élastique et résistante, parfaitement circonscrite, proéminente, du volume d'une mamelle ordinaire, séparée de la poitrine dans la partie déclive par un sillon profond. L'auréole a environ 4 centimètres de diamètre ; à son pourtour, on remarque de petits tubercules blanchâtres qui tranchent sur sa coloration brune. Elle est régulièrement arrondie, et, à son centre, un ensemble de petits tubercules très-peu saillants simulent un mamelon aplati qui est creusé d'un petit orifice central.

Ce mamelon est relié profondément à plusieurs masses résistantes, irrégulières, confondues entre elles qui forment la masse solide de la tumeur et donnent au toucher la sensation exacte des lobes mammaires. Cette masse est tout à fait indépendante des parois pectorales sur lesquelles elle glisse très-largement, et dont on peut l'écarter par la traction.

Les organes génitaux, bien développés depuis l'âge de 15 ans, fonctionnent normalement.

RAPPORT

M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur un travail de M. Ribell, intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur les procédés opératoires employés pour y remédier*. Ce travail se compose de trois observations : la première est relative à une *division congénitale médiane de la lèvre inférieure* observée par M. Ribell, à Barcelone, sur un petit garçon de sept ans. Les parents étaient sains ; un frère de l'enfant, mort en bas âge, était né avec un bec-de-lièvre simple de la lèvre supérieure. Ses deux autres frères étaient bien constitués.

La lèvre inférieure est divisée jusqu'à la houppe du menton. Les bords de la division sont épais et renversés en dehors ; le côté droit du V est un peu plus vertical que le côté gauche. Le maxillaire est normal. L'allaitement a été difficile et l'écoulement de la salive est presque continuel.

L'opération, faite par M. Ribell, a été suivie d'une complète guérison.

C'est un fait rare de plus à ajouter aux cas rassemblés par M. Bouisson dans son mémoire sur les variétés du bec-de-lièvre.

La seconde observation est celle d'un individu de 23 ans qui avait conservé jusqu'à cet âge une *division de la joue du côté droit.* Cette division s'étendait obliquement en haut et en dehors, vers l'os maxillaire, et offrait, à partir du point où aurait dû se trouver la commissure, une longueur de 4 centimètres environ. Ici encore l'opération réussit, et, malgré quelques entraves, la réunion fut obtenue d'une manière régulière. Cependant la joue resta toujours un peu raide et la lèvre inférieure tirée en haut.

La Société ayant approuvé les conclusions du rapporteur, nous donnons la troisième observation *in extenso.*

Bec-de-lièvre double compliqué. — Opération avec suture osseuse du tubercule intermaxillaire ou incisif. — Paul F..., âgé de 1 mois 1/2, m'est amené par sa mère, qui habite Saint-Girons. Je constate : 1° division totale de la voûte palatine; 2° des os maxillaires supérieurs; 3° au milieu un tubercule osseux très-prononcé, et suspendu au nez comme une petite trompe de tapir; 4° division double des lèvres à droite et à gauche; 5° nez complétement aplati.

Le 16 mai 1868, je pratiquai l'opération par la méthode exposée à la Société de chirurgie de Paris (Séance du 22 avril 1868), par M. le professeur P. Broca. Il me semble inutile de décrire le procédé, préférant renvoyer le lecteur au travail de l'auteur (*Gazette des Hôpitaux,* 5 mai 1868); je n'ai rien à noter ici de particulier ni pendant l'opération ni après, je ferai remarquer cependant que l'enfant a perdu assez de sang.

Le 17 mai, l'enfant a dormi trois heures et avale bien le lait; presque pas de fièvre.

18, 19, 20, 21. État très-satisfaisant.

22. J'enlève les épingles du côté droit, de ce côté la suture est complète; mais, celle du côté gauche n'a pas tenu, les chairs ont été déchirées par les épingles. La suture des os n'a pas bougé.

Le 27, pour me rendre au désir de la mère, bien plutôt que par conviction, je place deux nouveaux points de suture du côté gauche. J'aurais préféré attendre plusieurs jours, car il est rare de les voir tenir lorsqu'on ne laisse pas écouler un temps plus considérable de la première à la deuxième tentative. Mais je n'ai pas le choix, la mère veut repartir. Les deux points, contre mon espoir,

tiennent parfaitement; j'enlève les épingles le 30 mai, la suture a réussi de ce côté aussi; l'enfant part guéri. La suture osseuse n'a pas bougé, je laisse les fils métalliques en place.

Le 10 juin, on me ramène l'enfant, j'enlève les fils de la mâchoire. Je constate que le tubercule est immobilisé. Du côté droit, la suture des os est complète; du côté gauche, il existe une petite portion d'os nécrosé du côté du maxillaire; mais, du côté du tubercule, il y a développement de bourgeons charnus, et j'espère qu'à ce point il se formera une suture muqueuse. Je n'ai pas voulu enlever la portion d'os nécrosé, l'élimination se fera naturellement.

Il y a aujourd'hui un an que l'enfant a été opéré et j'ai attendu tout ce temps pour juger du résultat obtenu; il est très-remarquable. Voici l'état actuel de l'enfant : 1° réunion complète du tubercule incisif du côté droit par une suture réellement osseuse; 2° du côté gauche, réunion par un tissu dur qui n'est pas osseux; 3° tubercule intermaxillaire immobile; 4° suture complète du bec-de-lièvre cutané avec l'existence d'une petite encoche du côté gauche. L'aspect général de la physionomie est agréable, je dirai même gracieux, quand l'enfant sourit. Voilà donc un nouveau cas d'opération de bec-de-lièvre par suture osseuse, qui peut être considéré comme un succès, quoique la suture osseuse n'ait réussi que d'un seul côté.

M. Broca a communiqué son premier cas le 22 avril 1868, M. Guérin le 7 avril 1869. J'avais prévenu M. Broca de ma tentative, peu de ours après l'opération, l'année passée. Celui que je rapporte ici est donc le deuxième cas heureux. Qu'il me soit permis maintenant quelques réflexions sur le Manuel opératoire. M. le professeur Broca, à la fin de son travail, se posait cette question : « Ne serait-ce pas préférable de séparer les deux temps de l'opération par quelques semaines d'intervalle? » Je n'hésite pas pour mon compte à répondre affirmativement, et voici mes raisons : l'opération, quelle que soit l'habileté du chirurgien, est longue quand elle se fait complétement; et comme je suis d'avis qu'il faut opérer les enfants le plus tôt possible après la naissance, la fatigue de ces pauvres petits êtres est très-grande, et pour peu que la quantité de sang perdu soit un peu considérable, il y a à craindre une syncope qui peut n'être pas exempte de danger. Il y a en outre, selon moi, un très-grand avantage à opérer en deux fois, parce qu'alors, on assiste jour par jour au travail qui se fait entre les os maxillaires et le tubercule incisif, et s'il survient un dérangement dans le point de

suture, on peut y remédier sans être obligé de soulever la lèvre, ce qui n'est pas sans inconvénient pour la suture cutanée. Ici, tout se passe à découvert; la surveillance est plus directe.

Enfin, au point de vue des divers temps de l'opération, je crois utile de les résumer ainsi :

1° Passage des fils métalliques à travers le tubercule et les maxillaires.

2° Excision d'une partie de la cloison nasale, en arrière du tubercule médian et cautérisation immédiate de l'artère de la cloison.

3° Avivement avec un fort bistouri des parties à réunir.

4° Réduire et fixer le tubercule médian par la torsion des fils métalliques.

Ce n'est que lorsque plusieurs jours se sont écoulés qu'il faudrait passer à la suture des divisions de la peau des lèvres.

Quant à l'époque à laquelle il faut opérer l'enfant porteur d'un bec-de-lièvre, je crois qu'il faut agir le plus tôt possible; pour mon compte, je n'ai égard qu'à une seule chose, c'est que l'allaitement soit parfaitement établi, ce qui comporte habituellement quinze jours à trois semaines; ce temps expiré, il faut remédier au vice de conformation.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. E. CRUVEILHIER présente à la Société un instrument destiné à faciliter la pratique de la trachéotomie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1869.

Présidence de M. Alph. GUÉRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La corespondance comprend :

— Les journaux de la semaine, — *Le Sud médical*,

— Dr Letiévant : *Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras.* Broch. in-8°. Lyon, 1869.

— Dr Rouge (de Lausanne) : *Nouveau procédé pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur. — Anévrysme de l'aorte ascendante; application de la galvano-puncture et des injections sous-cutanées d'ergotine. — Anévrysme de la carotide primitive droite. — Guérison.*

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

M. le docteur Mourlon, médecin en chef de l'hôpital de la Calle (Algérie), et M. le docteur Cheneviez, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Besançon, adressent la statistique de leurs opérations.

PRIX LABORIE

La Société décide, après discussion, que le fascicule des mémoires dans lequel sera publié le mémoire couronné sera livré de suite à l'impression, et renvoie au comité de publication la question de savoir si elle publiera également le travail de M. Flamaint, classé le second.

ÉLECTIONS

M. Guéniot est élu trésorier pour 1870.
M. Giraud-Teulon est élu bibliothécaire-archiviste.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, pour la lecture des rapports sur la candidature de membres associés étrangers et de membres correspondants nationaux.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SÉANCE ANNUELLE

Présidence de M. VERNEUIL

M. le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

L'enseignement officiel, qui me tient depuis trois mois éloigné de cette tribune, me laisse à peine le temps de venir aujourd'hui abdiquer entre vos mains et vous remercier du précieux témoignage de bienveillance que vous m'avez accordé en me plaçant à votre tête.

Manquer à cette réunion hebdomadaire où l'on rencontre ses meilleurs amis, et dans laquelle on apprend sans cesse, est pour moi une privation véritable; aussi j'aspire au moment où il me sera permis de reprendre mon ancienne place, pour m'instruire en vous écoutant, et pour travailler avec vous à l'avancement d'une science qui nous est chère.

Vous serez convaincus dans un instant, par le compte rendu de notre secrétaire, que l'année qui vient de finir n'a pas été moins riche que les autres en communications intéressantes et en discussions fructueuses. Quoique nous ayons volontairement renoncé à deux mois de travail, le volume de nos bulletins pour 1869 ne sera pas inférieur à ceux qui l'ont précédé.

Après plus de vingt ans d'existence, notre Société, conservant ses forces et sa virilité, représente assez fidèlement l'état actuel de la chirurgie française. Peut-être on lui pourrait reprocher de cultiver presque exclusivement le fait et de négliger un peu trop les doctrines, d'être un panorama clinique plutôt qu'un concile chirurgical, d'épurer le passé, d'affermir le présent sans s'occuper assez de sonder l'avenir, en un mot, de suivre le mouvement au lieu de le diriger.

Ces reproches ne laissent pas que d'être fondés jusqu'à un certain point; mais on peut les adresser également à tous les corps savants, où les hommes faits et surtout les praticiens sont en majorité. L'initiative y est rare et les tendances plus modératrices que progressives; laissant aux travailleurs isolés, actifs et ardents, la tâche d'éditer les aperçus nouveaux, les hypothèses ingénieuses et les innovations hardies, ils se contentent de juger avec patience et lon-

gueur de temps, et, sans qu'on puisse toujours les blâmer, adoptent volontiers le *melius sistere gradum* de nos prudents aïeux.

Tout en plaidant pour notre Société les circonstances atténuantes, je ne puis m'empêcher d'émettre un vœu : nous comptons parmi nous de jeunes collègues, fort au courant, j'en suis sûr, de ces recherches modernes qui tendent à jouer un rôle de plus en plus considérable dans la clinique, et dont il convient précisément de juger sans retard l'utilité pratique. Je cite au hasard l'histologie, la thermométrie, la physiologie expérimentale, la chimie anatomique, etc. Que ne viennent-ils exposer devant vous tout le profit que la chirurgie en a déjà tiré et qu'elle est en droit d'en attendre encore ? Sans doute, ils risquent de fournir quelquefois des résultats incomplets et des solutions qui seront rectifiées plus tard ; mais il ne faut pas, en matière de progrès scientifiques, être trop timoré et trop circonspect ; certes, l'erreur est regrettable quand elle est grossière, imprudente et soustraite au contrôle, mais le silence ne vaut guère mieux et se montre encore plus stérile.

N'oublions pas que si, dans une machine destinée à marcher, les freins sont utiles, il faut surtout un agent propulseur énergique, qui ne fournit pas toujours sa force sans en abuser.

Moins désastreuse que les précédentes, l'année 1869 nous a pourtant apporté son contingent de deuil ; elle a vu s'éteindre un des rares membres fondateurs que la mort a jusqu'ici respectés : Paul Guersant, confrère aimé et si aimable qu'on aurait pu difficilement deviner son âge, a succombé peu de jours après sa dernière apparition parmi nous. Notre secrétaire général a simplement raconté cette vie simple, et, dans des termes excellents, rendu justice à l'honnête homme, au praticien plein de dextérité et de sagesse. Au reste, un souvenir de lui nous restera toujours, car, à l'exemple de Lenoir, il nous a fait don d'une grande partie de sa bibliothèque.

Un de nos correspondants de province, Noël Roux, de Marseille, a payé sa dette à la mort.

Nous avons encore perdu deux associés étrangers : Hogdson, un des vétérans les plus glorieux de la chirurgie anglaise ; puis Heyfelder père, qui était toujours resté en communication scientifique avec nous.

Si quelque chose peut atténuer nos regrets, c'est la pensée que ces dignes vieillards ont usé et utilisé leur carrière, et ont joui, de leur vivant, de toute l'estime qu'ils avaient si légitimement conquise.

Nous avons d'ailleurs comblé les vides, et tout le monde savant,

j'en suis convaincu, approuvera sans réserve l'intention élevée qui a porté vos suffrages sur MM. Donders et Helmholz, deux des hommes les plus marquants de notre époque, qui, sans pratiquer directement la chirurgie, lui ont cependant fourni de ces secours inattendus et puissants, de ces leviers solides comme en savent donner les sciences exactes.

Vous avez montré tout le cas que vous faites de ces moyens adjuvants en ouvrant plus directement encore vos portes à M. Giraud-Teulon qui, par une exception heureusement commune en France, réunit les aptitudes du savant pur et du praticien habile.

Enfin, je rappelle avec plaisir la petite phalange de vos nouveaux correspondants : Chedevergne, Houzé de L'Aulnoit, Jonon, Lejeal, Parisot, tous à la tête de services chirurgicaux, tous dévoués à la science, et qui vulgarisent en province et les conquêtes modernes de l'art et les enseignements lumineux que vous fournissez si libéralement.

Si l'avenir scientifique de la Société ne court aucun risque, notre prospérité matérielle ne périclite pas davantage; le rapport de notre trésorier nous révèle une position financière des plus satisfaisantes. Nous avons amplement de quoi faire honneur à nos affaires, de quoi satisfaire aux besoins de nos publications; si nous n'avons pas encore le superflu, du moins nous possédons le nécessaire et nous sommes à l'abri de cette gêne qui trop souvent enchaîne l'essor des associations scientifiques à leur début.

Il me reste à vous signaler quelques faits importants qui se sont passés pendant la durée de mon exercice, et qui contribuent à la gloire comme à la prospérité matérielle de la compagnie. Le 24 février dernier nous recevions ampliation d'un décret qui nous autorisait à disposer du legs opulent que nous devons à la générosité de Madame Laborie. Aussi avez-vous pu mettre sur-le-champ au concours une question qui, malgré le délai trop restreint accordé aux compétiteurs, nous a valu l'envoi de travaux intéressants. Nous avons beaucoup à attendre dans l'avenir de cette fondation dont le programme, intelligemment conçu, permettra de combler avec le temps une des lacunes les plus regrettables de la chirurgie pratique.

Les mémoires couronnés qui se succéderont nous apprendront les résultats définitifs de nos traitements et de nos opérations, de plus et ce sera justice, ils perpétueront le nom d'un collègue, qui sans une mort prématurée eût largement frayé la voie

Bien des fois obligés de recourir, par la publication de nos travaux quotidiens, à des organes libres de la presse médicale, nous

avions été arrêtés, entravés, gênés par des obstacles de plusieurs genres. L'année dernière même nous avions été menacés, par la faillite d'un imprimeur, de voir disparaître les matériaux de plusieurs mois de travail. Tout a été heureusement réparé, grâce aux bons soins de notre éditeur, et moyennant un très-faible sacrifice. Mais je suis plus heureux encore de vous annoncer qu'en vertu d'un traité en forme, régulièrement enregistré au mois de mars dernier et conclu avec la *Gazette des Hôpitaux*, la publication de nos bulletins ne souffrira plus ni retards ni arrêts. Après une lutte de plusieurs années, nous pouvons compter cette solution définitive comme une véritable victoire.

Le travail de la bibliothèque touche à sa fin. Bientôt nous serons à même de mettre à profit une collection chirurgicale déjà très-riche, et dont on trouverait difficilement ailleurs les matériaux. Toutes les fiches sont faites et classées, il ne reste plus qu'à transcrire des titres sur un registre pour avoir un catalogue facile à consulter. Un jeune étudiant en médecine, aujourd'hui docteur de fraîche date, M. le docteur Mesle, a prêté à cette œuvre un grand dévouement et je vous propose, en conséquence, de lui voter des remercîments. Si nos finances le permettent, il y aurait peut-être lieu de lui donner un successeur pour diminuer la tâche qui pèse, et pèsera de plus en plus lourdement, sur notre bibliothécaire actuel.

Messieurs, pendant mon passage à la présidence vous m'avez rendu la tâche agréable et facile en me montrant une déférence que certes ne vous imposent ni mon âge, ni ma position, mais par laquelle vous vouliez, j'en suis sûr, récompenser l'extrême soin que je prenais de sauvegarder à la fois votre règlement, les principes de l'impartialité et les droits si absolus de la discussion libre.

Parfois, je l'avoue, je vous en demande pardon, je me suis montré quelque peu autocrate en dirigeant vos débats, de temps à autre j'ai agité ma sonnette pour réclamer le silence, modérer quelques vivacités, mettre un terme à ces conversations particulières aussi funestes à la dignité qu'aux intérêts des sociétés savantes.

Mais j'ai l'espoir que vous ne me garderez pas rancune d'avoir exproprié votre temps et votre attention pour cause d'utilité publique.

Mes successeurs à ce fauteuil feront vite oublier le président de 1869; mais lui se promet bien de compter parmi ses belles années celle où il a eu l'honneur d'être le chef temporaire d'une compagnie comme la vôtre.

Après cette allocution, M. Le Fort, secrétaire annuel, a la parole

pour donner lecture du compte rendu des travaux de l'année écoulée. (Voir page 558.)

— **M. LE SECRÉTAIRE** proclame ensuite les noms des lauréat des prix décernés par la Société.

PRIX ÉDOUARD LABORIE

La question proposée était ainsi conçue :

« De la valeur relative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne et sus-malléolaire.

Le prix a été décerné à M. Chauvel, médecin aide-major au Val-de-Grâce.

Une mention honorable a été donnée à M. Flamain, interne des hôpitaux.

PRIX DUVAL

Le prix a été décerné à M. Gadau, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le nystagmus.

Une mention a été accordée à M. Bezard, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le mécanisme de l'emphysème dans les fractures des côtes.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Trélat, secrétaire général, pour l'éloge de Laborie.

ÉLOGE DE LABORIE

Messieurs,

L'homme distingué dont je vais retracer la vie fut quatre fois secrétaire de notre Société, qui reconnut ce dévouement en l'appelant à la présidence. Son nom est pour nous désormais inséparable du titre de bienfaiteur. Lui rendre hommage en cette séance solennelle est à la fois un devoir et une dette, et je me sens honoré d'être l'interprète officiel de nos sentiments communs.

Il semble d'ailleurs qu'un sort prévoyant ait voulu nous garder de l'oubli : aujourd'hui même il y a deux ans que notre regretté collègue rendait le dernier soupir. Les dates se confondent et les temps se rapprochent. Ces paroles d'éloge seront comme les couronnes que

des mains amies déposent chaque année sur la pierre des tombeaux.

Jean Édouard Laborie naquit le 4 septembre 1813 à Paris, dans la cour Batave, où son père, médecin estimé, exerça pendant longtemps la médecine. Son enfance s'écoula paisiblement dans ce quartier populeux et commerçant, où les grandes démolitions n'ont détruit ni le souvenir ni la reconnaissance. Le nom de Laborie y est encore connu et aimé.

Notre futur collègue fit de bonnes études au collége Rollin, dont il sortit le 28 décembre 1830 avec son diplôme de bachelier dans la poche. Il était bien jeune alors, mais la profession paternelle était un exemple encourageant; elle devait aplanir un chemin d'habitude si rocailleux et si dur! Peut-être aussi y avait-il un désir de prompte situation personnelle à l'abri des événements. L'hésitation ne fut pas longue, et bientôt le bachelier prenait, suivant les formes, sa première inscription d'étudiant en médecine.

Malgré le grand mouvement qui agitait alors les esprits et les passionnait dans les luttes politiques et littéraires, notre étudiant, doucement abrité dans sa famille, suivait en paix sa route, et après avoir franchi les premières épreuves de l'externat, il entendait avec joie proclamer son nom au 7e rang sur la liste des internes qui devaient entrer en fonction le 1er janvier 1835.

Husson, Lisfranc, Blandin, furent successivement ses maîtres. Mais il ne semble pas que leur enseignement ait laissé de fortes traces dans l'esprit de Laborie. C'est plus tard, après avoir quitté l'école, qu'il commence à discerner sa véritable voie et choisit volontairement les deux maîtres, dont l'influence restera sensible pendant toute sa carrière.

Occupé de plusieurs mémoires qu'il devait mettre au jour un peu plus tard, participant à la clientèle de son père et détourné pendant quelque temps du travail régulier par les soins de son installation professionnelle, il rédigea un peu rapidement sa thèse inaugurale sur une série de questions empruntées aux diverses branches de notre art. Une de ces questions, sur la *ligature de la carotide primitive et ses conséquences*, est traitée avec quelques développements, et renferme une observation intéressante par son résultat heureux et par les accidents du côté de l'œil et de l'oreille que l'opéré éprouva pendant sa convalescence, accidents dont la nature, aujourd'hui bien connue, n'était pas, tant s'en faut, aussi bien appréciée alors. Laborie subit sa dernière épreuve doctorale le 11 mai 1839.

Depuis quelques mois déjà, il avait associé sa vie et ses espé-

rances à une compagne excellente et dévouée. La carrière était facile pour ces jeunes époux. Entourés de parents et d'amis, n'ayant point à compter avec le besoin, sûrs de leur lendemain, ils n'avaient qu'à se prêter aux événements.

En attendant les occupations de la clientèle, qu'il ne sollicitait pas, Laborie prenait part à la rédaction de quelques feuilles médicales. Déjà, pendant son internat chez Blandin, il avait fait paraître un travail sur un sujet qui, sous différentes formes, n'a cessé depuis longtemps de préoccuper les chirurgiens. Trouver pour les plaies, les surfaces suppurantes, un milieu spécialement favorable à leur guérison est, on peut le dire hardiment, une sorte de pierre philosophale pour les hommes de notre profession. Quoique de grands et réels progrès aient été accomplis sous ce rapport, quoiqu'on puisse aujourd'hui mener à bien des entreprises opératoires qui eussent été téméraires autrefois, le problème n'est point encore résolu. Tout au plus avons-nous diminué le nombre des inconnues, et c'est en essayant successivement *l'air chaud* que préconisait Laborie dans son mémoire, la ventilation, l'irrigation chaude ou froide, le bain continu, l'aspiration des liquides sécrétés, les antiseptiques, les désinfectants, les styptiques et même les caustiques, que nous nous acheminons, en suivant laborieusement la voie expérimentale, vers une thérapeutique des grandes plaies, plus méthodique et plus efficace que celle de nos devanciers.

Il y avait alors et depuis peu à l'hôpital Saint-Louis un chirurgien actif et hardi, dont le nom était déjà populaire parmi les malades et les élèves. Opérateur habile et parfois d'une surprenante rapidité, ce qui était une qualité recherchée avant la merveilleuse découverte des anesthésiques, il pratiquait généralement cette chirurgie théâtrale qui, sans s'arrêter à l'utile, atteint souvent les limites du possible, mais qui parfois aussi rencontre des succès inespérés.

Laborie, qui n'habitait pas loin de l'hôpital Saint-Louis, commença à suivre Jobert de Lamballe par curiosité ; puis il en prit l'habitude, et bientôt fut un de ses auditeurs les plus assidus.

Certains contrastes sont harmonieux. Autant le jeune docteur était facile, aimable, d'attitude calme et de langage discret, autant le chef de service était brusque, raide, tourmenté, sans mesure dans son langage. Mais sous sa fausse rudesse, indice d'une nature sans équilibre, Jobert cachait un fond d'extrême timidité et une réelle puissance d'affection. D'ailleurs, plus soigneux pour les jeunes confrères qui le visitaient que pour ses élèves, il remarqua Laborie, l'at-

tira près de lui, le mit au courant de ses idées chirurgicales, et, après une fréquentation de quelques mois, lui demanda le secours de sa plume pour la rédaction d'un mémoire sur les nerfs de l'utérus, et plus tard sur les fistules vésico-vaginales.

En dehors de cette collabaration secrète, Laborie publiait dans les journaux : *Gazette des hôpitaux, Annales de la chirurgie*, des faits empruntés à la pratique de Jobert. La description d'un nouvel appareil pour les fractures de cuisse, deux observations de suture de l'intestin par adossement des séreuses, un article sur la réunion immédiate des plaies d'amputation appartiennent à cette époque.

En 1843, il donna lecture à l'Académie de médecine d'un mémoire qui fut peut-être le premier germe de l'étude chirurgicale qu'il a par la suite le mieux poursuivie. Jobert avait fait un jour, pour une maladie des os du métatarse, une amputation partielle du pied, exécutée, comme le dit le rédacteur de l'observation, *en suivant les inspirations du moment*. Au point de vue du succès définitif, l'inspiration n'avait pas été trop malheureuse, puisqu'au bout de dix mois la jeune malade marchait à plat sur son moignon. Ce résultat engagea Laborie à étudier la nouvelle opération comparativement avec les autres désarticulations du pied. On sait que cette nouveauté d'inventeur sans le vouloir consistait à enlever tout le métatarse, comme dans l'amputation de Lisfranc, plus les trois cunéiformes.

Le mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la valeur relative des amputations partielles du pied* est bien disposé et renferme surtout des faits importants au point de vue de la rétraction du tendon d'Achille après l'amputation de Chopart; mais si la partie critique est judicieuse, l'auteur n'a point été aussi heureux dans son argumentation, nécessairement insuffisante, en faveur de la désarticulation tarso-médio-tarsienne, qui n'a jamais pu prendre rang parmi les opérations régulières et méthodiques.

Ces travaux n'étaient que des combats d'escarmouche auxquels prenait part un volontaire de la chirurgie. Il aspirait à entrer dans l'armée régulière. Il y réussit bientôt, mais en changeant d'arme. Le 16 février 1843, il était nommé chef de clinique de M. Paul Dubois, dont l'enseignement était alors dans tout son éclat. Il allait donc se livrer à l'étude des accouchements, et dut croire qu'il avait enfin trouvé sa voie, et que désormais sa carrière était tracée. Mais une prédilection première l'avait poussé dès ses débuts vers la chirurgie proprement dite, et malgré les apparences, il devait y revenir et y rester.

Cependant, à peine installé dans ses nouvelles fonctions, près d'un maître attrayant et persuasif qui a formé toute une génération d'accoucheurs distingués, dont quelques-uns malheureusement ont déjà disparu, Laborie voulut mettre à profit les faits nombreux et remarquables qui se présentaient à son observation. En 1844, il publia dans les *Annales de la chirurgie* le récit ému d'un accident sans gravité, mais extrêmement pénible qui est arrivé à un grand nombre d'accoucheurs : *la persistance de la vie et même des cris de l'enfant après la céphalotripsie*. Dans le cas en question, les manifestations de la vie avaient duré une heure après l'extraction. Un pareil spectable est toujours douloureux et serait horrible dans la pratique privée. Il faut être logique, et lorsqu'on a été contraint de faire le sacrifice de l'enfant et qu'on n'amène plus à l'extérieur qu'une créature mutilée, je ne comprends guère qu'on ne fasse pas cesser, aussitôt qu'ils se produisent, ces derniers soubresauts d'une existence anéantie. Le doigt de l'opérateur, détruisant le bulbe, achève ce que l'instrument n'a pas fait, ce qu'il fait chaque fois qu'il peut être régulièrement appliqué, ce qu'il fait sûrement dans certains procédés comme celui qui est dû à notre collègue, M. Guyon.

L'année suivante, une opération faite par M. Dubois donna occasion à Laborie d'étudier une des questions les plus controversées de la chirurgie. Le résultat de cette étude, publié dans le même recueil que la précédente, porte pour titre : *Hydro rachis lombo-sacré nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. Dubois. Examen des circonstances qui permettent de recourir aux opérations proposées pour obtenir la cure radicale de cette affection. Valeur relative des divers procédés opératoires.*

Sans accorder trop d'importance aux procédés, l'auteur s'attachai surtout à élucider le point capital du sujet, c'est-à-dire l'appréciation des indications opératoires. Sous ce rapport, il suivait une voie dans laquelle ont continué de marcher la plupart des chirurgiens prudents, et donnait les signes qui indiquent l'isolement de la tumeur et l'absence de tout élément nerveux dans son épaisseur ; signes encore trompeurs malgré tous le soin qu'on apporte à les constater, et qui sont bien faits pour inspirer une extrême réserve dans l'emploi des moyens réputés curatifs.

Un nouveau mémoire, inséré dans la *Gazette médicale*, traitait du *Débridement du col de l'utérus dans le cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement*. Aujourd'hui ce sujet est bien connu, mais il ne faut point oublier qu'il n'en était pas ainsi il y a vingt-cinq ans. Alors M. Dubois enseignait, comme une

chose nouvelle, que les raideurs de l'orifice utérin peuvent tenir à des causes variées parmi lesquelles il fallait placer au premier rang la rigidité spasmodique, qu'on pourrait plus justement nommer contracture du col.

En 1847, Laborie fut chargé de la partie obstétricale d'un journal récemment fondé, qui depuis lors a conservé une situation élevée dans la presse médicale. Dans l'espace de quelques années, il publiait dans l'*Union médicale* des articles plus ou moins développés sur la *grossesse gémellaire*, sur différents cas de *dystocie*, enfin sur un sujet qu'il aborda sous des formes diverses et à plusieurs reprises. Ayant eu le bonheur de faire naître par *l'accouchement prématuré artificiel* un enfant vivant et vivace, car il est devenu un homme, chez une femme mal conformée qui avait vu ses deux grossesses antérieures se terminer par des accouchements très-laborieux et la mort des enfants, il fit connaître ce fait qui servit de point de départ à un travail plus étendu sous ce titre : *Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement, quelle que soit du reste l'époque de la grossesse?* Plus tard, devenu membre de la Société de chirurgie, il reprit encore ce même sujet, dans un rapport intéressant et détaillée, sur le *Traité pratique d'accouchement prématuré artificiel* de M. Silbert d'Aix. A voir le soin avec lequel il signale les lacunes ou les insuffisances du livre, on reconnaît un auteur depuis longtemps au courant de la question dans toutes ses finesses.

Mais le grand événement de février 1848 venait d'éclater. Bien rares alors étaient ceux qui, s'isolant des grands bruits du dehors, poursuivaient leurs travaux et leurs études. D'ailleurs la vie publique était exigeante, et si le titre de citoyen était de mode, il y avait des heures où il rappelait d'impérieux devoirs.

Aux douloureuses journées de juin, Laborie, qui était chirurgien du 8e bataillon de la 2e légion de la garde nationale, se trouvait à son poste, lorsque cette troupe courageuse esssuya sans plier l'attaque violente qui eut lieu, le vendredi vers deux heures, à la porte Saint-Denis et qui marqua le début de l'émeute. Il ne quitta pas l'uniforme pendant ces tristes journées de deuil et de sang, et quelques jours après le ministère de la guerre, qui avait à faire face à de trop nombreux besoins, s'empressa de le nommer médecin des forts de Noisy-le-Sec et de Romainville, transformés en prisons provisoires.

Les services qu'il rendit dans ces circonstances appelèrent sur lui

l'attention. L'administration de la guerre lui adréssa des remercîments élogieux, et quand vers le mois d'octobre on songea à organiser des départs de colons pour l'Algérie, il fut appelé dans le sein de la commission chargée du choix des émigrants. J'ai retrouvé la lettre de mon vénéré père, alors président de la commission, relative à cette nomination soigneusement conservée par notre collègue.

Ces occupations, où la chirurgie ne remplissait guère qu'un rôle nominal, eurent-elles quelque influence sur Laborie, ou bien suivit-il le courant qui portait les hommes jeunes vers notre société, faible encore, mais déjà pleine d'activité ? Ce serait difficile à dire. Toujours est-il qu'à partir de la fin de 1848, il devint pendant quatre ans le *reporter* assidu de nos séances dans l'*Union médicale*, qui n'a cessé depuis cette époque de rendre compte de nos travaux avec un soin et une intelligence remarquables.

Il y a vingt ans, nous n'avions pas de publications régulières, pas d'organe officiel ; aussi les procès-verbaux bénévoles des journaux avaient-ils une importance majeure pour l'avenir de la Société.

Celle-ci ne tarda pas à être reconnaissante envers le jeune confrère qui s'acquittait si bien de sa tâche délicate et nous prêtait un concours si constant. Elle le laissa entrevoir, et Laborie saisit la première occasion qui s'offrit à lui pour faire acte de candidature et solliciter les suffrages des membres de la Société de chirurgie.

Un fait remarquable, dont la relation est restée bien froide dans nos bulletins, excitait alors un vif intérêt parmi les chirurgiens et les accoucheurs. Une femme placée dans le service de M. Huguier semblait atteinte d'une grossesse extra-utérine. Les avis étaient partagés, et le diagnostic demeurait fort obscur malgré l'examen de nos maîtres les plus éminents. Déjà on étudiait les moyens de faire face aux diverses éventualités. C'est à ce moment dans la séance du 12 mai 1852, que Laborie vint lire à notre tribune un travail ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans le cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Ce travail, écrit de verve et plein de conviction chaleureuse, concluait hardiment à la nécessité immédiate de la gastrotomie. Heureusement cette déduction théorique, d'ailleurs très-discutable, comme le démontra M. Danyau dans un remarquable rapport resté jusqu'ici inédit, n'avait pas un caractère exécutoire, car, le 1er juillet, un accouchement naturel et à terme venait trancher toutes les incertitudes.

Quelques jours auparavant, la Société s'était prononcée. Laborie

était élu membre titulaire le 16 juin, et vice-secrétaire dans la séance suivante. Il débutait en faisant partie du bureau pour deux années.

Jusqu'alors sa vie n'avait été traversée par aucun orage. Un travail calme et régulier, des occupations agréables, des amitiés dévouées et une sympathie générale en avaient été l'admosphère. Mais il n'y a pas de jour sans nuit, et le bonheur ne serait qu'un vain mot sans la souffrance. Notre pauvre collègue allait être frappé dans sa tendresse et dans ses espérances.

Après avoir perdu un premier enfant en bas âge, il lui restait un petit enfant de neuf ans, entouré de toutes les affections et de tous les soins. La mort le prit comme son frère et laissa seul le père désolé.

Presqu'en même temps il voyait s'écrouler l'espoir de devenir chirurgien du Bureau central. Après trois concours et ayant été, dans l'un d'eux, sur le point de toucher la nomination, il entrevoyait une longue période sans nouveaux concours, et une pléiade de concurrents redoutables prêts à se disputer chaudement les rares places vacantes. Le temps était difficile; quelques années plus tôt ou plus tard, il eût sans doute réussi; il abandonna cette voie. Mais l'avenir lui ménageait une large et juste compensation.

D'ailleurs, il n'était pas homme à s'isoler dans la douleur et les regrets. Sa nature expansive avait besoin de se donner et de se dévouer. Il se rattacha davantage à ses occupations, à ses amis, à sa clientèle, à ses travaux, et devint l'un des membres les plus actifs et les plus utiles de la Société.

Son dévouement était toujours prêt. Après avoir été deux ans secrétaire, il accepta de nouveau ce poste laborieux dans l'année 1855-56, et, en 1858, notre éminent collègue M. Broca ayant été, nommé secrétaire-général et M. Richet ne pouvant alors accepter pour cause de santé, d'être secrétaire des séances, la Société fut trop heureuse de trouver encore Laborie comme second secrétaire. Plus de trois volumes de nos bulletins ont été rédigés par lui.

Pendant les premières années de son séjour parmi nous, ses travaux, communications ou rapports, portèrent exclusivement sur l'obstétrique, dont il ne s'occupa plus dans la suite qu'à de rares intervalles.

Deux rapports figurent dans le tome IV de nos *Mémoires* : le premier sur une importante communication de M. Houzelot, intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple,* comporte des conclusions que le temps et l'expérience n'ont fait que

confirmer ; le second donnait de larges développements à un court travail lu par Cazeaux sur *l'État du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Mais il s'en faut que ce soient les seuls sujets qu'il ait abordés. A propos d'*Un cas d'infanticide prétendu,* il se prononçait après discussion complète pour l'innocence de l'accusé, et défendait sur le terrain de la science cette belle maxime du droit, que la loi doit être interprêtée dans le sens le plus favorable à la défense, et que l'accusation doit reculer devant la plus légère incertitude.

Un peu plus tard, après le rapport sur le *Traité pratique de l'accouchement artificiel* de M. Silbert (d'Aix), que j'ai déjà signalé, il étudiait la *conduite que doit tenir l'accoucheur dans la procidence du bras, l'enfant étant encore vivant,* et dirigeait toute son argumentation contre cette pratique aussi barbare qu'inutile de la brachiotomie. Bientôt, c'était un nouveau rapport fort intéressant sur *l'opération césarienne,* et quelques mois après, la discussion d'un des faits les plus singuliers que puisse présenter la pratique obstétricale. Il s'agissait d'une femme ayant subi heureusement l'opération césarienne et qui, un an après étant devenue enceinte de nouveau, eût, vers le cinquième mois de la grossesse, une *rupture spontanée de l'utérus.* Cette rupture avait laissé passer l'œuf entier, constituant une sorte de grossesse extra-utérine traumatique, qui se termina au bout de quatre mois par l'ulcération du kyste et de la paroi abdominale, et, quelques jours après, par la mort de la malade. Ainsi résumé, le fait perd son caractère anormal et tout s'explique simplement. Mais les choses étaient beaucoup moins simples quand Laborie dut faire le rapport et rédiger une consultation au moment de l'accident, longtemps avant la fin de ce drame pathologique plein de péripéties bizarres.

Quoique la liste des communications faites par Laborie soit loin d'être épuisée pour cette période de 1852 à 1859, celles que j'ai mentionnées suffisent à montrer combien son zèle et son dévouement étaient actifs et constamment en éveil. Cela méritait une récompense. Aussi, lors du renouvellement du bureau, le 22 juin 1859, le nom de Laborie se présenta tout naturellement sous la plume de plusieurs de ses collègues pour la vice-présidence de l'année qui allait s'ouvrir.

Aucune nomination n'était mieux indiquée. Le candidat était parfaitement digne, il avait rendu des services exceptionnels; depuis peu il était, comme la plupart de ses collègues, attaché à un grand hôpital. Cependant, chose surprenante, mais moins rare qu'on pour-

rait le croire, le vote fut très-disputé. Il fallut faire trois tours et un scrutin de ballottage pour achever l'élection. Enfin, comme c'était justice, Laborie fut proclamé vice-président pour l'année 1859-60. Mais le règlement de la Société ayant été modifié à cette époque, et le renouvellement du bureau reporté à la fin de l'année solaire, cette vice-présidence dura dix-huit mois, et ce fut seulement le 26 décembre 1860 que le vice-président fut élu président pour l'année 1861, pendant laquelle il dirigea nos discussions.

C'est vers cette époque que Laborie lut successivement à l'Académie, et pour faire acte de candidature, deux mémoires importants; le premier intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin spécialement après l'accouchement*, l'autre : *Du Rôle des symphises pendant l'accouchement.* Ce second travail est un exposé méthodique du sujet et conclut, suivant une doctrine généralement admise, que le détroit inférieur seul subit des changements de dimensions par le jeu de certaines articulations, tandis que l'ouverture supérieure de l'excavation pelvienne ne peut être en aucune façon modifiée par ce même mécanisme dans un bassin normal.

Le premier mémoire présente une originalité plus marquée et fait faire un réel progrès à l'histoire des thrombus consécutifs à l'accouchement. L'auteur base la classification des tumeurs sanguines sur les données de l'anatomie et fournit ainsi une bonne explication des différences profondes qui distinguent à tous égards les diverses variétés des thrombus.

L'anatomie règne peut-être en souveraine trop absolue dans ce travail; de côté et d'autre elle prend un peu les devants sur les réalités de la pathologie et ne se plie pas toujours de bonne grâce devant le fait, cet argument aussi brutal que respectable. Néanmoins le point de vue général était utile et juste et valait une exposition complète.

Ces mémoires, joints aux autres publications obstétricales de Laborie, ne le conduisirent cependant pas à l'Académie. Il était déjà trop complétement revenu à la chirurgie pour tourner de nouveau ses efforts vers l'obstétrique.

Depuis quelques années en effet, un événement de première importance était survenu dans sa carrière et en avait déterminé la dernière et la meilleure direction.

Beaucoup d'idées utiles et généreuses, écloses en 1848, n'eurent point le temps de mûrir. Au milieu de beaucoup d'autres, on parlait alors des invalides du travail et un concours avait été ouvert pour la construction d'un établissement destiné à les recueillir.

C'est à Montrouge, là où se dessine aujourd'hui l'ébauche menacée du parc de Montsouris, que l'édifice devait être élevé. Mais le *sic vos, non vobis* est éternel. Les plans étaient faits, l'idée était lancée; d'autres devaient l'exécuter et en tirer gloire.

Un décret impérial, en date du 8 mars 1855, lui donnait une vie nouvelle en fixant un autre emplacement. L'asile allait s'élever à Vincennes, sur les hauteurs qui dominent Charenton, d'après les plans adoptés d'un architecte de talent, M. Laval. Les travaux commencèrent le 14 août de la même année. L'emplacement, les dispositions générales, les agencements des plans étaient vraiment remarquables; on sentait dans l'œuvre future un souffle de jeunesse et d'originalité dont nous sommes aujourd'hui bien déshabitués. Pas de murs, la vue des bois et des côteaux, de belles pelouses en pente, menant à des constructions basses tapies sous le soleil, de l'espace, beaucoup d'espace large et gai; au fond et comme un centre, les lieux de réunion, de causerie, de lecture, les réfectoires. Tel est resté, tel était alors le futur hôpital, hospice ou asile, car sa destination n'était pas parfaitement arrêtée au début des travaux. Mais les édifices comme les hommes obéissent à leur nature, en dépit de leur rôle et de leur but, si ce rôle et ce but n'ont pas été bien définis. Cette enceinte ouverte et lumineuse respirait la santé Ce fut l'asile de la convalescence.

Il y avait plus d'un siècle qu'on l'attendait, mais cette longue attente devrait être fructueuse. L'asile de Vincennes à rendu et rendra longtemps encore d'excellents services, parfaitement appréciés par tous ceux que la philanthropie intéresse à un titre quelconque.

C'est Laborie qui fut l'organisateur, le créateur du service médical dans ce bel établissement, dont il avait été nommé médecin en chef le 1[er] septembre 1857, jour de l'inauguration, et auquel, pendant les dix dernières années de sa vie, il consacra les soins les plus vigilants, les plus efficaces et ses plus constantes préoccupations.

Ici tout était à créer; il n'y avait pas de précédents, rien à copier. Suivant la marche adoptée on pouvait faire bien, médiocrement ou mal. Aujourd'hui que Laborie a livré à ses successeurs une œuvre mise en train, il est incontestable que la marche était bonne. Comment se fait-il que l'asile sœur et sœur cadette, l'asile du Vésinet destiné aux femmes, soit resté si inférieur à celui de Vincennes au point de vue de l'utilité finale? Question intéressante, mais hors de lieu.

Il fallait saisir la nuance juste dans la fixation du régime de ces

convalescents si divers, les uns presque guéris et n'ayant besoin que d'un peu de repos et de bien-être ; d'autres, faibles et hâves, vrais échappés de la tombe, qu'il fallait mener comme des enfants ; d'autres encore, pauvres valétudinaires, jouissant d'une embellie entre deux assauts d'un mal inexorable. A tous il laissa une grande liberté, leurs gazons, leurs chambres, leurs lits ; une vie de lazzarone ; autant de paresse et plus de bien-être.

Mais dès que la convalescence cessait de marcher régulièrement, ou dès que survenait un accident quelconque, le malade passait à l'infirmerie, où il était soumis à une surveillance assidue et recevait des soins médicaux réguliers.

C'est cette infirmerie qui fut le champ d'observation de Laborie. C'est là qu'il recueillait de nombreux matériaux sur les résultats des traitements institués et suivis dans les hôpitaux de Paris, sur l'anatomie pathologique de certaines lésions à marche lente ou insidieuse qui nous échappent souvent dans nos services si rapidement renouvelés, sur la durée de la convalescence des maladies médicales.

Après avoir organisé le secours, il organisait chaque année, de mieux en mieux, la production scientifique de son hôpital. C'était une mine, mais il fallait un mineur. Il comprit vite qu'il avait entre les mains un instrument puissant qui avait manqué à ses prédécesseurs et à ses collègues, que ce n'était point assez d'avoir porté la lumière sur les résultats immédiats des opérations, qu'il fallait savoir ce que deviennent les survivants, et à quel prix ils achètent la guérison. Au lieu de ces enquêtes personnelles si lentes et si incomplètes, il n'avait qu'à recueillir les faits qui se rassemblaient sous ses yeux et qui le faisaient juge des méthodes, des procédés et des pratiques suivis.

Aussi les communications qu'il nous fit pendant les dix années de son exercice à Vincennes sont-elles nombreuses. Tantôt c'étaient dans des cas de mort imprévue, résultant d'une maladie que rien n'annonçait : tumeurs cancéreuses, lésions des valvules du cœur ; une infection purulente chez un amputé guéri dont la plaie cicatrisée cachait un petit séquestre. Tantôt des variétés rares de fractures anciennes ou récentes, des absences de con.olidation osseuse avec toutes les apparences extérieures de la guérison la plus parfaite ; de vieilles pseudarthroses avec leurs conséquences. Parfois, il nous fournissait la démonstration irréfutable des difficultés du diagnostic et nous montrait que bien souvent la prudence interdit de prendre la probabilité pour la certitude. Un jour il déposa sur cette tribune

une tumeur que trois de nos collègues les plus distingués et les mieux rompus au diagnostic avaient déclaré être encéphaloïde; lui-même, Laborie, avait adopté ce diagnostic et pratiqué l'ablation. C'était une tuberculose épididymaire ayant envahi toute la glande.

Mais il y a un sujet qu'il étudia avec prédilection; c'est le résultat des amputations à lambeaux et particulièrement des amputations de la partie inférieure de la jambe. Il y revint nombre de fois, nous apporta des moignons disséqués, des moules en plâtre, nous montra des opérés, nous fit connaître les résultats de sa propre pratique et de celle des autres chirurgiens. Il écrivit un grand nombre de notes retrouvées dans ses papiers, et inspira à ses élèves plusieurs thèses relatives à cette importante question. Ces efforts soutenus ont été fructueux. Mieux que personne, Laborie a prouvé que l'amputation sus-malléolaire, reconnue bonne au point de vue de la bénignité, est non moins bonne sous le rapport des fonctions du membre, à la condition toutefois que le moignon soit pourvu d'un lambeau épais et long venant se rattacher à une cicatrice antérieure; qu'alors l'amputé peut appuyer directement sur ce coussin solide et faire de longues marches avec un appareil prothétique convenable. Et comme surcroît de démonstration, il nous faisait savoir, dans sa dernière communication, qu'il avait obtenu vingt-quatre succès par cette méthode à grand lambeau postérieur, sur vingt-huit amputations.

Il ne se laissait cependant pas absorber par une seule question. Il étudiait les résultats de l'uréthrotomie interne, surtout au moment où quelques chirurgiens prétendaient ériger cette méthode en système exclusif de thérapeutique des coarctations uréthrales. Il signalait à l'attention des praticiens les fâcheux effets de l'application précoce des appareils inamovibles dans le traitement des fractures; des déplacements pouvant ainsi s'opérer à l'insu du chirurgien. Il recherchait encore les résultats que donnent les divers traitements institués pour combattre les déformations dans la fracture de cuisse.

Ces résultats, méthodiquement recueillis par un de ses élèves, et consignés dans une thèse importante couronnée par la Faculté, nous montrent combien de progrès restent à faire dans cette voie, et quelle est, abstraction faite du danger de mort, la réelle gravité de la fracture de cuisse.

Préoccupé de ces recherches variées, Laborie consacrait de longues heures à son service, et n'y manquait jamais. Les malades,

les observations à rédiger, la salle d'autopsie le prenaient tour à tour. Dans le courant de 1865, à la suite de dissections trop prolongées, il éprouva une sorte d'intoxication anatomique subaiguë qui le tint pendant plusieurs mois éloigné de nos séances. Cet accident n'eut pas d'autres suites, et la santé lui revint complétement.

Cependant, ses amis les plus intimes remarquaient chez lui un peu de fatigue, et lui conseillaient quelques ménagements. L'affection double la clairvoyance. Laborie se sentait bien portant et menait sa vie habituelle. A chacune de nos séances il occupait sa place, et terminait avec nous l'année 1867.

Le 6 janvier, il éprouva un peu de malaise en se mettant au lit, et le lendemain matin, un lundi, il était réveillé par un violent et long frisson, suivi bientôt d'une vive douleur à la poitrine. C'était le début d'un érysipèle gangréneux qui, malgré les soins les plus dévoués et les plus éclairés, ne laissait bientôt plus aucun espoir. Dès le jeudi, le pauvre malade était pris de délire. Son hôpital, la Société de chirurgie, des médecins, des veuves de médecins à aider ou à secourir; ses souvenirs et son bon cœur, voilà ce qu'on discernait dans ces phrases coupées, vides de sens et pleines encore de sentiment. Le dimanche matin de bonne heure il avait cessé de vivre. C'était comme aujourd'hui le 12 janvier! Il avait cinquante-quatre ans et quatre mois.

Laborie était membre de la Société anatomique, de la société médicale d'Émulation, membre et ancien président de la Société de Chirurgie de Paris, médecin en chef de l'Asile des Convaleseents de Vincennes, médecin de l'Opéra depuis plus de vingt ans, membre de la Légion d'honneur depuis 1852 et officier de cet ordre depuis 1862, honoré de médailles pour son dévouement dans les deux épidémies de choléra de 1832 et de 1849, enfin, et au-dessus de ces titres et de ces honneurs, décoré de l'estime publique et entouré d'affections nombreuses et dévouées.

A peine sa veuve désolée eut-elle séché ses premières larmes qu'elle songea à donner une forme aux derniers et vagues désirs de celui qui n'était plus. Elle se souvint des étincelles qui avaient encore brillé dans son intelligence en cendre, et voulant élever à la mémoire de son mari un monument digne d'elle et de lui, elle s'entoura des meilleurs conseils et fonda pour notre Société le *Prix Edouard Laborie* que vous venez d'entendre décerner pour la première fois, après une lutte énergique entre des compétiteurs qui honoraient à la fois par leurs importants travaux les fondateurs du

prix, la Société et eux-mêmes. Je suis assuré d'être ici l interprète de sentiments unanimes en exprimant publiquement à Madame Veuve Laborie la gratitude de la Société de Chirurgie.

Il y a des hommes qui appellent plutôt les regrets que le jugement. Laborie est de ce nombre. Bien qu'il eût dépassé la jeunesse, les circonstances ne lui avaient permis d'entrer de plain-pied dans la carrière que depuis peu d'années. C'est seulement à Vincennes qu'il fut en pleine possession de lui-même et put mettre à profit toutes ses qualités intellectuelles et morales. Son œuvre, lentement et doucement élaborée, reste inachevée; nous n'en avons que des lambeaux épars, et nul doute qu'il les eût rassemblés en un solide faisceau si le temps avait été moins sévère pour lui. Des matériaux considérables par leur nombre et par leur importance étaient mis en réserve, et le temps était proche où il eût été en mesure de résoudre magistralement la plupart des incertitudes qui pèsent encore sur la valeur fondamentale de nos méthodes thérapeutiques. Ce résultat, il y touchait pour ainsi dire à son insu; l'œuvre grandissait spontanément en vertu de sa puissance intrinsèque, et désormais s'imposait à l'ouvrier.

Celui-ci d'ailleurs était à la hauteur de cette mission. Vous vous en souvenez, messieurs, lorsque nous apprîmes la nomination prochaine du successeur de Laborie, la Société de chirurgie prit une délibération, par suite de laquelle son président, M. Legouest, adressa au ministre de l'intérieur une lettre respectueuse où il lui exprimait le désir de toute notre compagnie de voir le nouveau titulaire de l'asile de Vincennes, dont les fonctions sont si délicates vis-à-vis du corps médical des hôpitaux de Paris, suivre les errements si bien tracés par son prédécesseur.

Cette lettre était un hommage posthume, mais éloquent, adressé non-seulement au chirurgien, au confrère, à l'homme de science et de pratique, mais encore à l'homme privé.

Il le méritait sous tous les rapports. Une longue fréquentation nous a permis d'apprécier les belles qualités de notre regretté collègue. Plein de douceur dans les formes, de convenance dans le geste; aimable et presque souriant, il alliait à ce charme une franchise limpide, une dignité ferme et sans incertitude. Combien ces dons naturels, si remarquables par leur opposition, furent estimés pendant tout le temps où il occupa le fauteuil de la présidence!

Rien n'était caché dans cette nature, où la grâce de la jeunesse avait survécu au calme de la maturité. Le regard était transparent, et à travers le sourire du visage, on apercevait une conscience sans

nuage et un cœur sans tourment. L'homme tout entier se résumait en trois mots : le travail comme devoir, l'aménité comme règle, la loyauté comme loi naturelle et inviolable.

La séance est levée à cinq heures.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

POUR L'ANNÉE 1869.

Messieurs,

Un usage consacré par le règlement impose à votre secrétaire le devoir de vous communiquer, à la séance de ce jour, un compte rendu sommaire des travaux de l'année. C'est ce devoir que je viens remplir.

Dans les sociétés savantes n'ayant pas pour conserver le souvenir de leurs séances la publication de leurs procès-verbaux, la lecture et la publication d'un pareil compte rendu sont d'une utilité incontestable, car il constitue presque le seul moyen de conserver la trace des efforts de tous, et de montrer par la mise en lumière des résultats obtenus la raison d'être de la société. Dans ces conditions ce compte rendu, sans cesser d'être un résumé, doit être assez longuement développé, car il ne doit pas seulement indiquer le point de départ et le résultat des discussions; il lui faut encore reproduire, analyser et parfois apprécier les différents arguments qui s'y sont produits.

Pour nous, rien de semblable ; puisque grâce à la publication de nos procès-verbaux, et surtout à celle de nos bulletins, nos travaux et nos discussions sont entrés déjà ou entreront dans quelques jours intégralement et à tout jamais dans le domaine de l'histoire de la chirurgie. La tâche que je viens remplir n'a-t-elle donc aucune utilité, et dois-je sans profit pour personne réclamer de votre indulgence quelques instants de bienveillante attention ? C'est une question qu'il ne m'appartient pas de résoudre ; mais il a semblé, non sans raison peut-être, aux maîtres qui ont fondé notre Société

qu'un compte rendu annuel pouvait remplir un but utile ; ils ont pensé qu'il était bon, après une année écoulée, de jeter un regard en arrière et d'étudier le chemin parcouru, moins pour se féliciter du travail accompli que pour y trouver des motifs de travailler davantage encore, en voyant combien il reste à faire pour atteindre le but que nous nous proposons.

Ce but, c'est d'arriver par la discussion des faits et des opinions, par la mise en commun de notre zèle et de nos efforts, à élucider, et, s'il se peut, à résoudre quelques-unes des questions si difficiles que l'art et la science imposent chaque jour à nos méditations.

C'est de cette manière et non par l'apport de nouvelles découvertes que les sociétés comme la nôtre rendent de véritables services. Découvrir des faits nouveaux, imaginer des théories nouvelles est du domaine de l'individualité ; mais il appartient aux sociétés de soumettre les faits, les théories au contrôle collectif de ses membres, et, par un examen impartial, débarrassé des entraînements involontaires et des illusions de la paternité scientifique, de fixer leur valeur, de déterminer la place qui leur appartient dans la science ou dans la pratique de l'art. C'est cet esprit qui a guidé la Société dans les discussions auxquelles elle s'est livrée ; et si dans plusieurs circonstances une solution nette, précise des questions controversées n'en a pas été la conséquence, loin d'y voir une regrettable hésitation et bien moins encore une fâcheuse incompétence, il faut y voir, au contraire, cette sage, cette prudente réserve qui garantit des entraînements et des enthousiasmes de la théorie ceux qui, placés à la tête de services hospitaliers, aux prises chaque jour avec les difficultés de la pratique, savent combien il y a loin des préceptes généraux et inflexibles aux indications si variables et si délicates de la clinique. C'est, en effet, sur des points divers de la thérapeutique chirurgicale ou obstétricale qu'ont porté les principales discussions qui, cette année, ont le plus attiré l'attention de la Société.

Une observation de tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, le récit d'un accouchement heureusement terminé chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation, ces deux faits communiqués, l'un par M. Depaul, l'autre par M. Guéniot, dans le courant de l'année précédente, ont soulevé cette année d'importants débats auxquels ont pris part surtout ceux de nos savants collègues qui font de l'obstétrique leur principale étude. Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse, et subissent-ils en même temps quelques modifications

dans leur consistance ? Faut-il, lorsqu'il existe de pareilles tumeurs chez une femme enceinte, donner la préférence à la version sur le forceps, tels sont les trois points qui ont surtout été examinés. L'accord s'est fait sur les deux premiers points entre presque tous les orateurs, et sur le terrain de la physiologie pathologique ; mais les dissidences ont persisté quand, dans le domaine de la thérapeutique obstétricale, il s'est agi de décider s'il fallait en pareille circonstance avoir recours à la version ou au forceps. Si la question est restée sans solution définitive, alors qu'elle était discutée entre des accoucheurs aussi éminents que MM. Depaul, Blot, Tarnier, Guéniot, c'est qu'elle n'en comporte pas encore dans l'état actuel de nos connaissances ; mais la discussion, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de l'une et l'autre méthode, appellera de nouvelles observations et pourra, dès maintenant, servir de guide et de conseil à ceux qui se trouveraient en présence des difficultés qu'apporte à la terminaison de l'accouchement la présence de certaines tumeurs fibreuses de l'utérus.

L'efficacité du traitement mercuriel dans la thérapeutique des affections syphilitiques, malgré les débats qui ont eu lieu les années précédentes, a reparu plusieurs fois à l'ordre du jour de nos séances. Inaccessible au découragement, inébranlable dans ses convictions, animé d'une ardeur toujours nouvelle, notre collègue M. Després n'a pas renoncé à l'espoir de nous convaincre de l'inutilité ou plutôt des dangers de l'emploi du mercure et l'on peut dire de la supériorité de l'expectation, du moins pour les malades auxquels leur état social permet de trouver ailleurs qu'à l'hôpital de Lourcine une bonne table, des vins généreux, tout ce qui constitue en un mot un régime tonique capable de réparer les désordres causés par l'intoxication syphilitique. M. Liégeois au contraire nous a montré quels excellents résultats on pouvait obtenir par l'emploi de la méthode de Lewin, c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée du bichlorure de mercure. Ces résultats, du domaine de l'observation, sont acquis à la science, mais s'il reste encore à déterminer dans quels cas l'introduction des mercuriaux par la méthode hypodermique doit être préférée à l'usage des frictions ou à l'administration de ces médicaments par la voie stomacale ; à quelle dose, sous quelles formes, dans quelles conditions il faut avoir recours au mercure, tous ou presque tous nous continuons à le regarder comme le meilleur, sinon comme le seul remède entre les ravages de la syphilis secondaire.

M. Liégeois est allé plus loin encore et il a cru pouvoir regarder les mercuriaux comme un médicament tonique, qui devrait à ce titre

être accepté avec empressement par notre collègue M. Després. Il résulterait en effet de ses recherches patientes et consciencieuses que le sublimé introduit à petites doses sous la peau, loin d'affaiblir le malade, aurait au contraire pour effet d'augmenter son embonpoint d'une manière notable, et si j'emploie en parlant de ces expériences une forme dubitative, ce n'est pas que je veuille contester un fait matériel constaté, attesté par un collègue sérieux et sévère observateur, c'est que les faits sur lesquels il s'appuie sont encore peu nombreux, c'est qu'ils sont trop en contradiction avec ceux dont nous avons été, dont nous sommes témoins, pour qu'il ne puisse y avoir place pour un doute portant sur la possibilité de coïncidences, et sur la véritable interprétation qu'il convient de donner à cette tendance si extraordinaire à l'obésité chez les malades affaiblis par la maladie et peut-être aussi par le traitement

Dans un ordre d'études qui se rapproche du même sujet, M. Liégeois s'est livré à de laborieuses recherches dont il a consigné les résultats dans un travail important que la publication de nos mémoires portera bientôt à la connaissance de tous, et dont le ***Medical Times and Gazette*** a donné déjà une analyse détaillée. Notre collègue, confirmant de faits nouveaux les idées avancées par Curling, a prouvé, par l'examen direct, la permanence des spermatozoïdes, depuis l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse la plus avancée; pourvu toutefois qu'aucune maladie des organes en rapport avec la fonction ne soit venu compromettre et détruire la possibilité de leur formation. C'est là un fait d'une importance considérable, non-seulement parce qu'il rectifie une erreur acceptée comme une vérité naturellement démontrée; mais parce qu'il nous permettra parfois de ramener le calme dans plus d'un esprit injustement ou justement inquiet de voir survivre aux années écoulées une faculté qu'à tort ou à raison il croyait à tout jamais perdue, et parce qu'il laissera la vieillesse, tantôt confiante à l'excès, tantôt douloureusement soupçonneuse, goûter en paix avec les derniers jours de la vie, les dernières et tardives joies d'une paternité inespérée.

La question si délicate du parti à prendre, quand on se trouve en présence d'une fracture compliquée de la jambe au tiers inférieur avec issue du tibia au travers de la plaie, a tenu également une grande place à l'ordre du jour de nos séances. Faut-il amputer immédiatement, faut-il tenter la conservation? Tel est le problème qui s'impose aussitôt à la préoccupation du chirurgien.

Ici encore, une solution applicable à la généralité des cas n'a pu réunir les opinions de nos collègues; c'est qu'ici encore on peut dire

qu'une règle générale est difficile à poser. Pour les uns, M. Panas, M. Trélat, M. Alphonse Guérin, dans ce cas comme dans tous ou presque tous les cas de fracture compliquée, la conservation doit être la règle; pour d'autres, et je suis de ceux-là, le principe de la conservation doit être exceptionnellement abandonné, car le danger réside moins dans l'irradiation possible, probable même, de la fracture jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, que dans l'ouverture étendue du canal médullaire et dans l'ostro-myélite qui en est la conséquence ordinaire.

L'attention est appelée sur ce point, le problème est posé; l'expérience, les observations nous en donneront plus tard la solution.

La thérapeutique des fractures a occupé plusieurs fois la Société. M. Dauvé, membre correspondant, vous a communiqué un fait de fracture compliquée du tiers supérieur du cubitus, qu'il est parvenu à maintenir réduite et à guérir par la suture directe des fragments; c'est à la même méthode que M. Rouge, de Lausanne, a dû la guérison d'une fracture du maxillaire inférieur dans un cas dont notre honorable collègue vous a adressé le récit.

La suture des os a été aussi employée par M. Guérin dans un cas de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire. Après avoir décollé la muqueuse de la cloison et en avoir réséqué un fragment triangulaire, M. Guérin fixa par des fils métalliques l'os intermaxillaire aux bords de la fente alvéolaire, et obtint une guérison remarquable de cette difformité si difficile à combattre.

La question de l'emploi de l'extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse a fait l'objet de communications intéressantes de M. Désormeaux. Cette méthode, presque abandonnée en France, reprise depuis plusieurs années déjà en Angleterre et surtout en Amérique, reprendra, je l'espère, la place qui lui appartient dans la pratique de la chirurgie. On ne peut plus dire aujourd'hui que les fractures de la cuisse ne peuvent guérir sans laisser à leur suite un degré plus ou moins grand de raccourcissement, car M. Désormeaux vous a montré plusieurs malades traités par l'appareil de M. Hennequin, guéris sans raccourcissement, et l'un d'eux présentait même un certain allongement du membre fracturé.

J'ai pu moi-même vous montrer un malade guéri sans raccourcissement appréciable, et, dans tous les cas, sans aucune claudication, par l'application d'un appareil particulier à extension permanente; mais il est juste d'ajouter que ce résultat ne peut être obtenu qu'au prix de douleurs quelquefois assez vives ou se continuant pendant une bonne partie de la durée du traitement; c'est ce qui faisait dire

il y a quelques jours à M. le professeur Gosselin, alors que nous visitions avec M. Legouest quelques malades de son service traités par l'appareil de M. Hennequin, que s'il ne pouvait plus douter de l'efficacité du traitement, le prix auquel était attachée la guérison était tel qu'il préférerait la claudication au supplice d'un mois d'emprisonnement dans un appareil à extension.

M. Dolbeau vous a montré un exemple d'une affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée par la disparition du bord alvéolaire. M. Demarquay vous a communiqué un fait de tumeur hydatique de la cavité médullaire de l'humérus prise d'abord pour une nécrose de cet os. M. Guéniot vous a signalé, dans un travail original, une déformation spéciale du crâne consistant en une obliquité par propulsion unilatérale observée chez certains enfants du premier âge, et que notre collègue croit pouvoir attribuer au décubitus trop longtemps prolongé ou trop fréquent sur un même côté.

Des communications sur les fractures de la clavicule par MM. Baizeau, Chassaignac, Labbé et Dolbeau; un rapport de votre secrétaire sur une observation de trépanation du crâne; une lecture de M. Van de Loó sur les appareils plâtrés amovo-inamovibles; un travail de M. Guéniot sur l'ostéite épiphysaire; une observation de nécrose de l'humérus avec dégagement spontané d'un séquestre invaginé, par M. Demarquay, tels sont les faits principaux ayant trait à l'histoire ou à la thérapeutique des affections des os.

Les maladies articulaires ont cette année moins fréquemment que d'ordinaire sollicité votre attention; cela certes, ne reconnaît d'autre cause que ce qui dans les travaux d'une société savante revient de droit au hasard des présentations. Je signalerai toutefois des faits de réduction de luxation de l'épaule, déjà un peu anciens, par MM. Guyon et Demarquay; de luxation complète du premier métatarsien avec plaie; de luxation sous-astragalienne et d'extraction de l'astragale par M. Demarquay; de coxalgie par M. Guéniot.

Au contraire, les maladies des vaisseaux ont fait le sujet de nombreuses et importantes communications.

M. Legouest nous a entretenu de tentatives réitérées faites par lui pour guérir un anévrysme poplité. La compression digitale, continuée dix heures par jour, donna pendant quelques temps un espoir bientôt déçu de guérison définitive. La flexion, la compression avec un appareil n'avaient pu être tolérées. M. Legouest revint à la flexion forcée intermittente, employée une heure le matin une heure le soir; nouvelle guérison temporaire, puis définitive.

M. Trélat a guéri un semblable anévrysme en employant successivement la compression instrumentale, la flexion et enfin la compression digitale; cette dernière méthode procura une guérison complète et définitive qu'avait laissé espérer, et qu'avait très-vraisemblablement préparé l'application préalable des deux autres moyens. M. Panas a guéri par la compression digitale seule un anévrysme poplité et, dans un quatrième cas que nous a fait connaître M. Liégeois, M. Richet n'ayant obtenu qu'un succès partiel de la compression et de la flexion, pratiqua la ligature. Le malade cette fois succomba. Ces faits si intéressants par leur rapprochement, par l'emploi successif des diverses méthodes, par l'analogie des phénomènes survenus sous l'influence des moyens thérapeutiques employés, contribuent à mettre en lumière ce fait important : que ces insuccès apparents ne sont que les degrés successifs d'un succès partiel, qu'une nouvelle tentative peut rendre et a rendu définitif, et que la réapparition des battements dans un anévrysme momentanément solidifié par l'emploi de la flexion ou de la compression, loin d'engager à renoncer au moyen employé, doit engager au contraire à y recourir de nouveau et avec plus de persévérance, pourvu toutefois que le retour du sang dans l'anévrysme se révèle par des symptômes tels qu'il y ait lieu de croire que la première tentative a commencé, quoique incomplétement, la réplétion et l'oblitération du sac.

M. Broca nous a montré un cas remarquable d'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu pour lequel il eut recours à la ligature multiple des vaisseaux principaux alimentant la tumeur, puis à l'injection de perchlorure de fer. La malade vous a été présentée ; la suspension momentanée de nos séances, l'absence de notre collègue l'ont empêché, jusqu'à présent, de confirmer l'espoir fondé d'une guérison radicale.

M. Verneuil vous a communiqué une remarquable observation d'anévrysme artério-veineux de la carotide, dû à la pénétration dans la région sterno-mastoïdienne d'une balle de révolver, traité par le seul moyen consacré par les faits, c'est-à-dire par l'expectation et qui fut, comme la plupart des cas existant antérieurement dans la science, suivi de guérison. M. Ciniselli vous a donné le résumé d'un mémoire sur l'emploi de la galvano-puncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

M. Demarquay vous a communiqué un exemple de tumeur fibroplastique, naissant de la gaîne des vaisseaux, et rappelant les fibromes que Langenbeck a décrits comme provenant de la paroi des

veines. La tumeur existait à la partie inférieure et interne de la cuisse, et notre collègue ne put en faire qu'une extirpation partielle, car elle était traversée par les vaisseaux fémoraux. L'examen de la pièce anatomique montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur fibro-plastique, et M. Demarquay se demanda si, dans ces circonstances, il n'y aurait pas utilité à faire la ligature des deux bouts des vaisseaux et à les enlever avec la tumeur.

A l'appui de cette opinion, M. Verneuil, après vous avoir donné une analyse des faits et des idées renfermés dans le travail de Langenbeck, vous a rapporté l'observation d'un de ses malades chez lequel un sarcôme ganglionaire du pli de l'aine adhérent à la gaîne des vaisseaux l'obligea à réséquer la veine et à lier plus tard l'artère elle-même. Le malade succomba mais à une époque où l'on n'avait pu constater le rétablissement de la circulation veineuse malgré la résection d'une partie de la veine crurale.

M. Horteloup a soumis à votre attention un malade paraissant atteint d'une tumeur lymphatique du pli de l'aine, et M. Verneuil a enrichi nos procès-verbaux de l'exposé d'un cas fort rare de varices lymphatiques intra-ganglionnaires chez une jeune fille de 15 ans.

Les tumeurs de diverses natures ont fait l'objet de nombreuses communications. M. Dolbeau a lu au nom de MM. Magdelen (de Saint-Étienne) et Meilhac (d'Argentat) deux observations de fibromes du lobule de l'oreille ; nous devons à M. Guyon un fait de tumeur fibroplastique du cou ; à M. Labbé un cas de tumeur, probablement de même nature, ayant pris naissance du périoste du crâne, se prolongeant dans l'orbite, d'une vascularité assez grande et qui a paru à la plupart d'entre vous ne pas être susceptible d'une intervention chirurgicale active. Je dois pour ne pas trop abuser de votre indulgence, et fatiguer votre attention par une longue et aride énumération, me borner à vous rappeler les cas de tumeurs de la région massétérine, de la région parotidienne, du maxillaire supérieur, présentés par MM. Forget, Chassaignac et Demarquay.

M. Depaul nous a montré un exemple fort rare de tumeur congénitale adhérente à la partie du coccyx opérée avec succès quarante-huit heures après la naissance. La tumeur qui, à l'extérieur, présentait, vers son sommet, un assez grand nombre de cheveux assez longs, renfermait, à l'extérieur, des parties ossiformes, cartilagineuses, au milieu desquelles on trouvait quatre petits os ; deux paraissant être des os plats, deux présentant la conformation des os longs et munis d'une tête recouverte de cartilage.

M. Broca a appelé votre attention sur les tumeurs formées par des dépôts de tartre adhérents à la dent, tumeurs dues, suivant notre savant collègue, à la précipitation de matières salines dissoutes dans la salive. MM. Paulet et Panas vous ont communiqué deux observations de calculs de la glande sous-maxillaire, et M. Forget vous a lu, sur la grenouillette, un rapport important dans lequel il discute avec un grand soin l'étiologie et la pathogénie de la grenouillette aiguë.

Il est des affections dont l'histoire, chaque année, reparaît à l'ordre du jour de nos séances, non parce qu'elles sont fréquentes, mais parce que leur traitement, toujours difficile, entraîne des difficultés opératoires que l'on cherche à surmonter par des modifications qui rendent l'opération à la fois plus facile et plus sûre. Je veux parler des polypes naso-pharyngiens. M. Houël, dans son rapport sur l'observation de M. Bonnes, nous a fait connaître le moyen employé par le chirurgien de Nîmes, moyen qui se rapproche de la méthode employée par MM. Guérin et Legouest. M. Bonnes a détaché le polype par la rugination, et la rugine n'était autre que le doigtier tranchant de Récamier, heureusement modifié de manière à permettre au doigt armé, mais non recouvert par l'instrument, de se guider par le toucher. Ajoutons de suite que le polype, facilement accessible, permettait d'user d'un mode d'énucléation auquel on ne pourra que rarement avoir recours. M. Letenneur n'eût pu l'employer dans les observations si intéressantes qu'il vous a récemment communiquées ; car, si lui aussi il employa la rugine, il dut, pour atteindre les parties malades, enlever partiellement le maxillaire inférieur, le vomer, l'aile ptérigoïdienne, et porter l'instrument jusque dans les sinus sphénoïdaux.

Les affections du larynx ont été le sujet d'une communication très-intéressante de M. Trélat sur la laryngite syphilitique, de M. Després sur la trachéotomie pratiquée par lui dans un cas où le malade était menacé de suffocation, par suite de l'existence d'une laryngite œdémateuse due à la présence de plaques muqueuses de l'arrière-gorge.

M. Krisaber vous a lu un mémoire sur l'extirpation des polypes du larynx par la laryngotomie, et notre collègue M. Prestat, de Pontoise, vous a rendu compte d'un fait de plaie du larynx dans une tentative de suicide, plaie qu'il crut pouvoir oblitérer par la section, et qui guérit par première intention sans provoquer l'apparition des accidents qu'on est malheureusement fondé à redouter après l'emploi de ce moyen.

Une communication de M. Broca, sous la forme modeste d'une présentation d'instrument, nous a montré que le rétrécissement spasmodique de l'œsophage pourrait être rapproché du spasme de l'ouverture anale dans les cas de fissure, tout au moins sous le rapport du traitement; car c'est par la dilatation forcée que notre collègue a pu, par une seule opération, obtenir une guérison qui persistait encore deux ans après, et que l'emploi d'autres moyens tels que la dilatation lente, n'avaient pu lui procurer.

Faut-il continuer cette énumération déjà longue et que je ne puis développer sans prolonger jusqu'à l'abus l'attention que vous voulez bien m'accorder ? Faut-il vous rappeler : en oculistique, le mémoire de M. Giraud-Teulon sur le mode d'éclairage de la cornée dans les opérations qu'on pratique sur l'œil; les observations de cataracte capsulaire par M. Alph. Guérin. Faut-il m'étendre sur les faits nombreux d'affections ou d'opérations ayant trait aux organes abdominaux ; les faits d'anus contre nature cités par MM. Panas et Louis Thomas ; d'étranglement interne par notre zélé correspondant de Tours; de hernies étranglées par MM. Demarquay et Fleury (de Clermont) ; d'imperforation de l'anus par M. Marjolin; de dilatation du rectum par M. Tillaux; d'ovariotomie par M. Letenneur et Liégeois ; la discussion non encore terminée sur la lithotritie périnéale.

Ce trop rapide compte rendu, que j'ai dû trop souvent réduire à une simple énumération ne suffit-il pas à montrer la variété, la multiplicité de nos travaux, la nature et l'étendue des services que la Société de chirurgie continue à rendre à la science et à l'art de la chirurgie.

Ces services, la fondation du prix Laborie les étendra au delà de notre sphère personnelle d'activité, grâce à la pieuse générosité qui a voulu que notre si regretté collègue continuât en quelque sorte à siéger au milieu de nous.

Deux mémoires importants, en répondant au programme proposé pour le prix, contribueront à éclairer un point délicat et controversé de pratique chirurgicale, tous deux concourant au même but et se complétant l'un par l'autre. L'un, jugé digne de vos suffrages, a mis entre les mains de tous, en les appréciant avec talent, en les interprétant avec sagacité, des faits en partie rassemblés dans les travaux de Weber et d'Hancock, mais qui, publiés en allemand ou en anglais, sont par cela même trop peu connus en France; l'autre a puisé plus largement dans la pratique française, dans les statistiques de nos hôpitaux; tous deux, à des degrés qui vous ont paru divers, contribueront puissamment à élucider une importante question de

pratique, la supériorité de l'amputation sus-malléolaire et surtout de l'amputation sous-astragalienne, pratiquée presque exclusivement en France, sur l'amputation de Pirogoff, repoussée dans notre pays et fort pratiquée, au contraire, en Angleterre et en Allemagne.

La solution de ce problème, les auteurs des mémoires l'ont cherchée dans la statistique, non pas dans celle qui se borne à donner des chiffres çà et là recueillis, mais celle qui rassemble lentement, patiemment, après des recherches longues, laborieuses, pénibles, le plus grand nombre possible, sinon la totalité des observations que renferme la science et qui la constituent. Ces observations, la statistique ainsi faite les étudie, les analyse, les compare, et, lorsqu'elle a effectué ce travail difficile, elle permet au clinicien de dire avec bien plus d'autorité et de raison que s'il n'avait consulté que ses souvenirs personnels si limités :

Cette opération est dans telle circonstance plus ou moins indiquée, car dans des circonstances analogues elle a donné tels ou tels résultats, et si la statistique emprunte le langage des chiffres pour dire la mortalité ou les insuccès sont, après tel mode de traitement, de 20, 40, 60 pour cent, elle n'a pas la prétention de donner une appréciation mathématiquement juste; mais elle emploie une forme bien autrement précise que les appréciations contenues dans les quatre ou cinq degrés d'une échelle de gravité que chacun construit arbitrairement, suivant ses idées ou son caractère.

Mais, sachons le reconnaître, si la statistique qui résume l'observation et l'expérience de tous nous donne incontestablement la meilleure base d'appréciation de la valeur des méthodes thérapeutiques, elle ne saurait suffire seule à prononcer un jugement définitif, car à côté de la constatation naturelle des faits il y a place pour leur interprétation.

Bien des causes peuvent venir infirmer ou augmenter la signification des succès ou des revers obtenus à la suite des diverses médications. Si l'âge du malade, la durée de la maladie, l'époque de l'intervention chirurgicale influent sur le résultat du traitement, la coïncidence de certains états généraux, tels que l'albuminurie, le diabète, l'alcoolisme, suffit, comme M. Verneuil nous l'a montré plusieurs fois cette année encore, pour donner une gravité extrême à des opérations qui, sans cette fâcheuse complication, eussent été probablement suivies de guérison.

Ce qui est vrai pour certains états morbides, l'est aussi pour certaines conditions constitutionnelles, naturelles ou acquises. L'homme débilité par la misère, anémié par une nourriture insuffisante, vieilli avant

l'âge par le travail et les veilles et trop souvent aussi par les excès et la débauche, offrira une résistance insuffisante aux causes d'épuisement qu'entraîne presque toute opération grave; tandis qu'un individu du même âge, mais élevé au milieu de l'aisance, trouvera dans sa constitution plus énergique les forces nécessaires pour réagir et arriver à la guérison.

Que serait-ce si, à ces différences individuelles déjà si grandes, nous ajoutions encore la différence des circumfusa? L'un habite une chambre vaste, bien aérée, qui peut être, s'il le faut, bien close et bien chauffée ; l'autre une mansarde étroite, ouverte à tous les vents, d'une chaleur torride en été, d'un froid glacial en hiver. L'un n'a auprès de lui que des personnes chargées de l'entourer de soins, de prévenir ses désirs; l'autre n'a pour reposer qu'un grabat autour duquel s'entassent, dans un réduit trop étroit, une femme et des enfants. Celui-ci se préoccupe de guérir pour retrouver les joies de la vie de famille, les plaisirs que donne la richesse; celui-là tremble de mourir, car il sait que sa mort laisserait sans pain ceux que sa maladie réduit déjà à la misère.

Ces différences, déjà si grandes, s'exagèrent encore si nous comparons la pratique civile à la pratique hospitalière. A l'hôpital, les souffrances morales augmentent la gravité des souffrances physiques.

Loin de sa famille, qu'il ne voit qu'à de rares intervalles et dont le sort le préoccupe, jeté au milieu d'étrangers, témoin de leurs douleurs qu'il partage, témoin de leur mort qu'il redoute, il est loin de se trouver dans les conditions favorables de l'opéré qu'entourent les soins de sa famille, auprès duquel tout s'égaye, même mensongèrement, s'il faut lui donner du courage ou lui laisser l'espérance, auprès duquel tout se tait si le repos lui est nécessaire. A l'hôpital, chaque malade est un danger pour son compagnon de souffrances, chacun d'eux vicie l'air trop parcimonieusement accordé à tous: chacun, par les émanations qui s'échappent de ses plaies, est, pour les autres, une menace permanente d'empoisonnement, et les ferments de l'érysipèle, de l'infection purulente, dégagés du corps d'un moribond, vont porter la mort au blessé qui eut guéri peut-être, même dans la misérable mansarde où du moins il eût été isolé.

Cette différence entre l'hôpital et la pratique civile, nous la retrouvons sous une autre forme lorsqu'il s'agit de comparer la chirurgie des grandes cités à celle des campagnes, la chirurgie des grands hôpitaux de Paris à celle des petits hôpitaux de la province. Ces différences, moins expliquées encore, nous les retrouvons quand il s'agit de comparer la chirurgie d'un pays avec celle d'un pays voisin.

Or, comment juger ces questions sans prendre pour base la statistique et comment éviter les erreurs qu'entraîne le manque de parité entre les faits rassemblés? Il n'y a à cela qu'un remède : il faut que les différences qui cliniquement séparent chaque fait s'atténuent, si elles ne peuvent disparaître, par la multiplicité des observations. C'est la loi des grands nombres; cette loi, vous avez voulu l'appliquer à la solution d'un important problème en faisant pour la France ce que M. Simpson a fait avec tant de succès pour l'Angleterre. Pour apprécier la différence des résultats dans les grands et dans les petits hôpitaux, dans les grandes villes et dans les campagnes, dans la clientèle civile et dans la pratique hospitalière, vous avez fait un appel pressant à tous nos confrères français, vous leur avez demandé de vous communiquer la statistique intégrale de leurs opérations; votre appel a déjà été entendu, quelques documents vous sont déjà parvenus, d'autres bien plus nombreux vous parviendront encore ; je ne saurais en douter, car se serait calomnier les chirurgiens français que de soupçonner seulement que la Société de chirurgie puisse échouer dans la mission qu'elle s'est donnée dans l'intérêt de tous, mais qu'elle ne peut aussi mener à bonne fin sans le zèle, sans le dévouement, sans le concours de tous.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.